

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

466

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Elias-Alexandre FEIGENBAUM

Né le 14 Février 1910, à Târgu-Neamt (Roumanie)

**Contribution à l'Etude de l'Etiologie
et du
Traitement Chimiothérapique
des
Rectites stenosantes et des Rétrécissements
dits inflammatoires du Rectum**

Président de la Thèse : M. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V^e)

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Elias-Alexandre FEIGENBAUM

Né le 14 Février 1910, à Târgu-Neamt (Roumanie)

**Contribution à l'Etude de l'Étiologie
et du
Traitement Chimiothérapique
des
Rectites stenosantes et des Rétrécissements
dits inflammatoires du Rectum**

Président de la Thèse : M. CARNOT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V^e)

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT .. Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
 médicale.
 SEZARY Clinique médicale.
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 WEIL-HAILLE Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

Le Docteur M. FEIGENBAUM

Qui fit de si grands sacrifices pour moi. Je rends hommage à son énergie et à son dévouement. Qu'il trouve dans ce modeste ouvrage la marque la plus sensible de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A MA MERE

Qui sut être admirable de dévouement et d'affection, je dédie cette thèse en témoignage de mon amour filial et de ma grande reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

Avec toute mon affection.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

DANIEL JACOBY

Que j'ai tant aimé.

A SONIA

Dont l'amitié sincère a été un soutien moral au cours de mes études.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Nous le prions d'agréer l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.*

A M. le Docteur ANDRÉ LAMBLING
Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et ne nous a point ménagé ses con-
seils et ses encouragements.*

*Qu'il veuille croire à notre profonde
gratitude pour l'accueil qu'il nous a fait
dans son service et l'intérêt qu'il a bien
voulu nous porter.*

A M. le Docteur BENS AUDE
Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine

*Dont les remarquables travaux nous
ont guidé au cours de notre étude.*

*Qu'il veuille bien recevoir l'hommage
de notre respect.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. les Professeurs LEMIERRE.

RATHERY.

MARION.

CLAUDE.

RAVAUT (*in memoriam*).

TERRIEN.

GUILLAIN.

MM. les Docteurs DUFOUR.

BAUMGARTNER.

WEIL-HALLE.

LEVANT.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MON AMI

JACQUES BRUNHES

Interne des Hôpitaux de Paris

AVANT-PROPOS

L'étude des rectites proliférantes et sténosantes a été depuis quelques années l'objet de nombreux travaux. Les notions classiques concernant leur pathogénie et leur traitement ont été le sujet de multiples discussions, non encore closes à l'heure actuelle. Le fait que ces problèmes aient été mis à l'ordre du jour au XLIII^e Congrès Français de Chirurgie, prouve bien tout l'intérêt de cette question qui fait vraiment figure d'actualité.

Nous envisagerons d'abord les données étiologiques classiques, les thérapeutiques qui en découlaient, et leurs résultats. Nous verrons ensuite comment, depuis la découverte de la réaction de Frei, il est possible d'envisager sous un jour nouveau l'étiologie de la plupart de ces rectites. Nous étudierons enfin les résultats de certains traitements médicaux qu'à la lueur de cette conception moderne on a été logiquement conduit à proposer.

Les observations cliniques qui sont rapportées dans ce travail ont été recueillies par les Docteurs Bensaude et Lambling, à leurs consultations de proctologie de l'Hôpital Saint-Antoine et de l'Hôpital Necker. De nombreux malades ont été suivis très régulièrement par eux-mêmes pendant plusieurs années. Ils ont été conduits à pratiquer chez eux des traitements variés, dont ils ont pu apprécier les résultats tant immédiats qu'éloignés,

en observant personnellement, à des intervalles fréquents, ces malades.

Trois médications ont été particulièrement étudiées :

- 1° La médication par le salicylate de soude intraveineux ;
- 2° La médication par la solution de lugol intraveineuse ;
- 3° La médication par l'antimonio-thiomalate de lithium par voie intramusculaire.

Ce sont les résultats obtenus avec ces thérapeutiques que nous nous proposons d'exposer dans notre thèse.

CHAPITRE I

Etiologie des Rectites et du Rétrécissement du Rectum

Le problème étiologique du rétrécissement syphilitique du rectum, décrit par Fournier, a été complètement transformé par les travaux de ces vingt dernières années. Nicolas et Favre, individualisant en 1913 une nouvelle maladie vénérienne, la lymphogranulomatose inguinale bénigne, la rangent à côté de la syphilis, de la gonococcie et de la chancrelle.

Jersild, de Copenhague, en 1920, s'appuyant sur des constatations exclusivement cliniques, associe l'éléphantiasis génital et les lésions ano-rectales au syndrome décrit par Fournier. En raison de l'association à des adénites suppurées, il considère ce syndrome génito-ano-rectal comme secondaire à un blocage inflammatoire des systèmes lymphatiques correspondants, blocage attribué par lui provisoirement à l'infection chancrelleuse. La découverte d'une méthode biologique, en 1925, par Frei, rend en clinique le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre plus aisé, et en 1926, lui permet d'attribuer à la lymphogranulomatose bénigne, plusieurs cas de sténose rectale et d'éléphantiasis génital.

Actuellement aux étiologies classiquement invoquées (syphilis, gonococcie, chancrelle, mycose, tuberculose, etc...), s'ajoute donc la maladie de Nicolas-Favre. Un nombre particulièrement imposant d'arguments plaide en faveur de cette dernière.

ROLE DE LA SYPHILIS

Parmi toutes les causes qui furent invoquées dans l'étiologie des rectites sténosantes et du rétrécissement du rectum, c'est la syphilis qui jusqu'à ces dernières années a tenu la première place.

C'est Fournier qui s'est fait l'ardent protagoniste de la théorie syphilitique des rétrécissements du rectum, théorie qu'il a défendue de tout son talent et de toute son autorité. Il l'appuyait sur divers arguments qu'il considérait lui-même comme de valeur très inégale. Il invoquait certes la fréquence de la syphilis chez les malades atteints de rétrécissement, mais il reconnaissait aussi que la preuve absolue de cette syphilis est souvent difficile à faire. Les « commémoratifs syphilitiques », surtout chez la femme, sont souvent absents et l'examen clinique ne permet de trouver que rarement des manifestations d'ordre syphilitique en même temps que le rétrécissement. Il ne pouvait invoquer l'argument thérapeutique, puisque de son propre aveu le traitement antisypilitique est d'une inefficacité quasi complète en pareil cas. Fournier arguait pour expliquer ce fait qu'il s'agissait de lésions scléreuses tertiaires sur lesquelles le traitement est toujours inopérant.

En fait, il se basait surtout sur des arguments d'ordre com-

paratif. Il estimait pouvoir établir l'identité des lésions infiltrantes des parois ano-rectales et certaines des lésions que la syphilis tertiaire détermine au niveau de divers viscères (foie, testicule).

D'une relative analogie anatomo-pathologique, il concluait à l'identité étiologique et décrivait le syphilome ano-rectal dont le nom et la description sont devenus classiques.

Déjà Trélat en 1878, puis Delbet et Mouchet mirent en doute les idées de Fournier. Nous allons voir comment à la lumière des travaux modernes il est possible de se faire une opinion.

La fréquence de la syphilis sur laquelle insistait Fournier, paraît évidemment assez élevée : 40 % dans la statistique de Gatellier et Weiss, entre 60 et 66 % dans les statistiques de Bensaude et ses collaborateurs.

Toutefois, chez ces nombreux malades atteints de rétrécissement du rectum et ayant eu à un moment donné de leur vie la syphilis, il est particulièrement instructif de noter les dates respectives des premières manifestations rectales et des premières manifestations syphilitiques.

Il ressort d'une telle étude que des lésions rectales absolument identiques cliniquement apparaissent tantôt 20 ans, tantôt 2 ans après l'accident initial syphilitique.

Si l'on se souvient que Fournier considérait le syphilome ano-rectal comme un accident tertiaire, le tertiarisme apparaît dans le deuxième cas vraiment bien précoce.

A titre d'exemple, voici parmi bien d'autres, deux observations particulièrement démonstratives :

Observation n° 21

M. Car..., 38 ans, vient consulter en 1931, pour des douleurs rectales au moment des selles, un écoulement de pus assez abondant et parfois même des gouttes de sang. En plus, le malade est très constipé et a beaucoup maigri.

Ces troubles ont commencé il y a deux ans (1929).

Dans les antécédents du malade on trouve : un chancre de la verge en 1910, soigné régulièrement au régiment à l'huile grise. Le traitement a été interrompu entre 1913 et 1920, sauf une série de novarsénobenzol, faite à Salonique. Depuis 1920, traité régulièrement avec novarsénobenzol, Quinby, Bivattol, etc... jusqu'à maintenant (une série par an). En 1929, opéré pour une fistule à l'anus, et pour des hémorroïdes.

A l'examen pratiqué au moment où le malade vient consulter, on trouve : petite marque à droite et à gauche d'une cicatrice post-opératoire à la marge anale. Au toucher la moitié de la première phalange pénètre dans un rétrécissement serré à contours rigides.

Examen à l'anuscope : muqueuse normale jusqu'au niveau du rétrécissement.

Rectoscopie : à partir de 3 à 4 cm., la muqueuse présente un aspect grêlé et à 5 cm., rétrécissement fibreux, dur, avec très peu de végétations. La muqueuse est grisâtre avec quelques zones ecchymotiques.

Le rectoscope de 15 mm. franchit facilement le rétrécissement. Six mois avant le début des symptômes de rectite, le malade a présenté une adénite inguinale suppurée à droite.

Les recherches biologiques pratiquées chez ce malade ont montré la réaction de Frei positive, la gono-réaction + ; B. W. négatif ; Hecht négatif, Vernes = 0.

Observation n° 75

M. Pie..., vient consulter en 1933, parce qu'il y a trois ans, il a commencé à présenter des difficultés pour aller à la selle, accompagnées de douleurs ano-rectales et d'émissions de pus et de sang.

A l'interrogatoire on trouve dans les antécédents du malade une roséole syphilitique en 1929, traitée à Saint-Louis régulièrement. Pas d'adénite inguinale. Sodomie passive.

L'examen pratiqué au moment de la première consultation montre : marge anale normale, rétrécissement annulaire à bout de doigt. Le rectoscope de 20 mm. est arrêté à 4 cm. ; celui de 15 mm. franchit facilement le rétrécissement. La muqueuse est congestionnée, saignant facilement.

Les réactions biologique chez ce malade ont donné les résultats suivant : réaction de Frei ++ ; Dmelcos 0 ; B. W négatif, Hecht négatif, Vernes 0 ; gono-réaction 0.

*
**

Bien plus, il est des cas où les lésions rectales apparaissent en plein traitement antisypilitique peu de temps après l'accident primaire. La continuation du traitement antispécifique n'empêche pas le rétrécissement de poursuivre son évolution.

Cette inactivité du traitement ne s'observe pas en règle générale dans les lésions syphilitiques en période d'évolution.

Ce fait est illustré par l'observation suivante :

Observation (hors tableaux)

M. Deb..., 39 ans, vient nous consulter, envoyé par son médecin, qui nous demande notre avis. Par ailleurs cette malade a été soignée dans le service de M. Bensaude, à Saint-Antoine, en 1932, pour de la constipation, difficulté d'aller à la selle, envies fréquentes, pus et sang dans les matières.

Dans les antécédents de la malade on trouve : à l'âge de 19 ans, une syphilis à l'occasion de l'apparition des plaques muqueuses ; elle a été traitée par de l'arsénobenzol et de l'huile grise. Elle était en cours de traitement, très régulièrement suivi, lorsque sont apparues une adénite inguinale gauche suppurée, et presque en même temps, de la constipation, de la difficulté pour aller à la selle, quelques pertes de pus et de sang par le rectum. A la suite d'une crise de subobstruction rectale qui a duré 27 jours, elle a subi en 1915, une première intervention (Hartmann), probablement une résection du rétrécissement.

A la suite de l'opération, pas d'amélioration fonctionnelle ni de l'état général. La malade maigrit.

En 1917, deuxième intervention (Moulonguet) : anus iliaque définitif. Elle a été suivie d'amélioration fonctionnelle et de reprise du poids. Le traitement antisiphilitique est continué régulièrement pendant tout le temps.

A l'examen pratiqué en 1935, on trouve : petite cicatrice à gauche plus crurale qu'inguinale, pas d'adénopathie actuellement, pas d'éléphantiasis génital. Marge anale normale.

Au toucher rectal, le doigt est arrêté, dès le sphincter franchi, par un rétrécissement extrêmement serré dans lequel il est impossible de pénétrer.

Le rectoscope de 15 mm. est arrêté, celui de 10 mm. passe sans difficulté. A partir de 2 cm., rétrécissement tubulaire dont on ne peut pas voir la limite supérieure. Muqueuse d'aspect blanchâtre et leucoplasique, avec pus assez abondant et saignant assez facilement au contact.

Voici les résultats des réactions biologiques : Frei +, Dmelcos +, sodomie niée.

*
**

Il est également des cas particulièrement instructifs où l'on a constaté chez le même malade atteint indiscutablement de syphilis, des lésions rectales dont les unes ont remarquablement régressé sous l'influence du traitement antisypilitique, alors que les autres continuaient à évoluer, malgré une thérapeutique énergiquement poursuivie. Tel est le cas, par exemple, de l'

Observation (hors tableaux)

M. Lu... vient consulter en 1934 pour des douleurs ano-rectales avec pus et sang dans les selles. On constate à ce moment un abcès inguinal à droite qui, dans la semaine suivante s'est accompagné d'une adénopathie inguinale gauche, qui s'est fistulisée spontanément. Dans les antécédents du malade, on trouve : blennorragie en 1925 ; sodomie passive récente ; syphilis découverte en 1930 par Vernes et qui semble avoir été soignée régulièrement par l'Acétylarsan et le Quinby.

Adénite inguinale suppurée en 1930.

Examen : au toucher rectal on trouve des lésions d'anorectite, avec muqueuse épaissie et cannelée.

Rectoscopie : lésions surtout jusqu'à 4 cm.

Réactions biologiques : Frei ++ ; B. W. + ; Kahn + ; Hecht +.

Le malade fut mis au traitement local avec les solutions de Ziehl et de Lugol et en même temps soigné pour la syphilis à l'Institut Prophylactique. A la suite du traitement on trouve : au toucher rectal, muqueuse normale, sauf à 9 h., épaississement et granulations non douloureuses.

A la rectoscopie, on ne voit que quelques végétations légèrement ulcérées et sanguinolentes à 9 heures.

*
**

On est logiquement conduit en présence de tels cas, à conclure qu'il existait chez un tel malade une double infection, l'une par le trépomène et dont les manifestations ont rapidement disparu sous l'influence du traitement, l'autre par un autre agent causal contre lequel le traitement antisyphilitique a été inactif. Une réaction de Frei franchement positive est venue nous montrer que le germe à incriminer en pareil cas était le virus de la maladie de Nicolas et Favre.

*
**

Enfin, il est des cas où les malades ont contracté la syphilis un certain temps après l'apparition des lésions rectales, alors qu'ils étaient parfois surveillés et traités pour un rétrécissement du rectum (4 cas observés par MM. Bensaude et Lambling).

Tel est le cas d'un de nos malades dont voici l'observation.

Observation n° 6

M. Gir..., 29 ans, électricien, vient consulter (1933), parce qu'il a des glaires et du pus dans les matières. Ces troubles ont augmenté progressivement et au moment où le malade vient nous consulter, à ces troubles se sont ajoutés des hémorragies qui deviennent de plus en plus abondantes. Un amaigrissement assez marqué et une asthénie considérable empêche le malade de vaquer à ses occupations. Dans les antécédents du malade, on trouve : une opération en septembre 1932, puis une autre en 1933, pour un abcès anal. Malgré les deux opérations, les suppurations persistent. Adénopathie inguinale sans suppuration en 1932. Sodomie passive avouée (1931).

A l'examen pratiqué au moment où le malade vient nous consulter, on fait le diagnostic de rectite végétante congestive. Il était en cours de traitement pour sa rectite, lorsqu'il contracta la syphilis : chancre de la verge en août 1933, qu'il a fait soigner à l'hôpital Saint-Louis. Depuis, les troubles causés par la rectite ont continué et le malade vient nous consulter régulièrement.

*
**

Il ne faut pas oublier aussi tous les cas où l'absence de la syphilis a pu être quasi prouvée par des examens soigneux et répétés.

Jersild sur 11 malades, affirme l'absence de la syphilis dans 7 cas, Bensaude et Lambling, sur 129 cas, montrent l'absence de la syphilis dans 44 cas.

*
**

Quant aux arguments d'ordre anatomo-pathologique, ils ne sont pas en faveur de la syphilis. En effet, on trouve le plus souvent des lésions inflammatoires banales, rarement des lésions vasculaires et périvasculaires, dont on sait d'ailleurs qu'elles ne sont nullement pathognomoniques de la syphilis.

Enfin, dans aucun cas, le tréponème n'a pu être trouvé dans les lésions.

Toutefois, à la suite des travaux de Fournier, il devint classique d'instituer chez ces malades atteints de rectite sténosante, un traitement antisyphilitique. Ce dernier se montra toujours d'une inefficacité totale constatée par tous les auteurs et reconnue par Fournier lui-même. Il est même curieux de constater que dans les cas où la rectite s'accompagne de réaction biologiques positives, le traitement aboutit en général facilement à la négativation des réactions sérologiques, alors que les lésions rectales ne sont nullement influencées par cette thérapeutique.

Nous avons même vu plus haut — et nous insistons sur ce fait — que dans certains cas, les lésions de rectite se sont constituées et ont évolué au cours d'un traitement intense et très régulièrement suivi.

L'inefficacité du traitement antisyphilitique est donc un fait bien établi actuellement. On voit donc que, si la syphilis est fréquente chez les malades atteints de rétrécissement, elle ne saurait être invoquée légitimement dans l'étiologie d'un nombre fort important des cas.

Malgré les critiques que nous venons de faire, il faut cependant reconnaître le pourcentage important de syphilis chez les malades atteints de rectite et de rétrécissement du rectum.

On conçoit donc qu'à une époque où aucune autre étiologie ne pouvait être invoquée, cette infection soit apparue comme étant la seule susceptible d'être incriminée.

C'est Bensaude qui a eu le mérite d'attirer le premier l'attention sur le caractère vénérien de ces affections rectales. Il a montré qu'il s'agissait le plus souvent de malades se livrant, soit à la prostitution, soit à la sodomie passive et qui s'exposent donc à de multiples contaminations qui se succèdent souvent chez eux (syphilis, chancre mou, blennorragie). Il avait donc conclu à l'existence d'un trépied vénérien à l'origine des rectites et rétrécissements du rectum et dans l'ignorance où on était alors des localisations rectales de la lymphogranulomatose bénigne, ce ne pouvait être, associées à la sodomie, que la syphilis, la blennorragie et accessoirement le chancre mou qui étaient susceptibles d'être incriminés.

Toutefois, suivant les périodes et suivant les auteurs, chacun des divers éléments du trépied vénérien de Bensaude avait été tour à tour décrit comme cause essentielle des rectites sténosantes, en raison même des critiques dont la théorie syphilitique avait été l'objet. Nous serons donc conduits à exposer et à discuter successivement le rôle de la sodomie, de la blennorragie et de la chancrelle.

Enfin, avant d'envisager le rôle de la maladie de Nicolas Favre, nous verrons ce qu'il faut penser des diverses infections (et en particulier de la tuberculose) et parasitoses qui, en dehors des infections vénériennes, ont été accusées d'être des causes possibles des rectites sténosantes.

ROLE DE LA SODOMIE

Le rôle de la sodomie a été invoqué par un certain nombre d'auteurs. Lecène admettait que le traumatisme sexuel au niveau du rectum était susceptible à lui seul de déterminer à la longue un rétrécissement du rectum. Il n'est pas toujours possible d'obtenir l'aveu de la sodomie chez certains malades atteints de rectites et du rétrécissement du rectum. On l'obtient dans les proportions suivantes: 85 % chez l'homme, 38 % chez la femme, et 67 % au total dans les deux sexes, d'après la statistique de Bensaude et Lambling.

Cependant, mis à part les cas dans lesquels la sodomie, tout en étant niée, reste à soupçonner, on trouve un nombre important de cas dans lesquels la sodomie peut être formellement écartée. Il faut donc bien admettre que si cette dernière joue un rôle dans l'étiologie des rectites et des rétrécissements du rectum, elle ne suffit pas à expliquer tous les cas. Elle apparaît comme une cause favorisante, mais non comme une cause essentielle.

ROLE DE LA BLENNORRAGIE

Le rôle de la syphilis paraissant très discutable dans l'étiologie des rectites, certains auteurs, Gosselin, Duplay, puis Jansen, Delbet, Nemhit, ont tentés d'incriminer le rôle du gonocoque. Le gonocoque déterminant des rétrécissements au niveau de l'urètre, ils pensaient qu'il pouvait être également la cause de rétrécissements du rectum. En faveur de cette théorie, ces auteurs ont invoqués la présence du gonocoque dans les

sécrétions rectales d'un certain nombre de rétrécissements. En fait, on ne le trouve pas très souvent dans les sécrétions rectales :

12 fois sur 52 : Hayes.

1 fois sur 50 : Karsner.

4 fois sur 20 : Gougerot.

4 fois sur 75 : Gatellier et Weiss.

8 fois sur 174 : Bensaude.

On voit donc que l'infection gonococcique est loin d'être courante chez les malades atteints de rétrécissement. D'ailleurs, pour tenter d'apprécier la fréquence de l'infection gonococcique au cours des rectites sténosantes, Bensaude et Lambling se sont adressés à la gono-réaction qu'ils ont fait pratiquer chez 90 de leurs malades. 9 seulement (soit 10 %) ont présenté une réaction franchement positive. En tenant compte des réactions faiblement positives, ils arrivent au chiffre de 27 malades sur 90 (soit la faible proportion de 30 %).

Au point de vue anatomo-pathologique, la rectite gonococcique est une infection superficielle ne dépassant pas la musculuse et ne réalisant pas l'énorme périrectite si caractéristique de la sténose rectale. Aucun cas de rétrécissement gonococcique n'a été publié jusqu'à présent et l'examen histologique n'a jamais montré la présence de ce germe dans les coupes.

Toutefois, dans les cas où le gonocoque a pu être mis en évidence dans les sécrétions rectales, il était logique d'instituer un traitement antigonococcique.

De fait, un tel traitement a été tenté. Il consistait en lavages rectaux aux moyens de solutions de permanganate de potas-

sium, d'argyrol ou de gonacrine, et en vaccinothérapie anti-gonococcique. Grâce à ces traitements, on arrive, en général, à faire disparaître le gonocoque de Neisser des sécrétions rectales, mais on n'empêche point la rectite sténosante d'évoluer.

Il semble donc qu'on puisse adopter sans aucune réserve les conclusions de Gatellier et Weiss, exposées au XLIII^e Congrès Français de Chirurgie.

« Aucun élément ni clinique, ni expérimental, ni anatomopathologique, ne nous permet d'interpréter comme une cause déterminante ce qui n'est en réalité que la coïncidence de deux affections étrangères l'une à l'autre : d'une part la rectite proliférante et sténosante, localisation rectale d'un processus diffus frappant tout le périnée ; d'autre part la rectite blennorragique traduisant l'atteinte de la muqueuse rectale par le gonocoque. Ces deux maladies, qui peuvent évoluer simultanément chez les mêmes sujets, sont le plus souvent isolées. Dans la première éventualité, il est impossible de soupçonner l'influence qu'elles peuvent avoir l'une sur l'autre, et de savoir si leur coexistence donne aux lésions un caractère spécial. Il est infiniment probable que non, étant donné que le gonocoque est capable de vivre dans le rectum à l'état de saprophyte inoffensif, et surtout que le rétrécissement inflammatoire du rectum possède une individualité clinique et anatomique dont l'indépendance s'affirme de plus en plus. »

ROLE DE L'INFECTION CHANCRELLEUSE

Le bacille de Ducrey produit au niveau de la muqueuse rectale des lésions d'aproctite décrites par Ravaut et Bord. Les lésions sont très différentes de celles qu'on voit dans les

rectites sténosantes et ne semblent pas y aboutir. Jersild, au début de ses recherches, attribuait l'infection lymphatique, observée au cours des sténoses, au bacille de Ducrey, et il invoquait, comme cause du syndrome ano-recto-génital, le blocage inflammatoire du système lymphatique. Il a complètement abandonné ces suppositions depuis la découverte de la réaction de Frei.

Au point de vue bactériologique, il est très difficile d'étudier l'infection des sécrétions rectales, à cause des pyogènes qui rendent souvent impossible l'emploi de l'inoculation et des intradermo-réinoculations préconisées par Ravaut. C'est au moyen de l'intradermo-réaction de Ito Reenstierna au Dmelcos que l'on peut tenter de chercher à préciser les choses.

Dans la statistique de Gatellier et Weiss, on note :

4 cas positifs sur 16 rectites;

32 cas positifs sur 107 rétrécissements.

Bensaude et Lambling obtiennent des résultats moindres :

9 cas positifs sur 47 rectites;

9 cas positifs sur 96 rétrécissements.

L'épreuve thérapeutique pratiquée sur deux sujets par Bensaude et Lambling a donné comme résultat, dans un cas la diminution considérable de la suppuration, la disparition des douleurs ano-rectales et des envies fréquentes. Dans le second, plus démonstratif, la presque cicatrisation des lésions endoréctales, la disparition des sécrétions purulentes et la fonte presque complète des végétations.

« Il semble donc bien que, comme l'écrivent Bensaude et Lambling, dans certains cas où on la trouve associée, l'infection chancreuse puisse superposer ses lésions, spécialement dans

les formes de rectites jeunes, à celles de la maladie causale. Le traitement d'épreuve permet alors d'en faire la part. Mais ces faits ne sont pas fréquents et d'après notre expérience, ne se rencontrent que dans un cinquième des cas au maximum. »

ROLE DE LA TUBERCULOSE

On a tenté (Sourdille, Gougerot, Richet, Burnier, Rabut), de faire jouer à la tuberculose un rôle important dans l'étiologie des rectites sténosantes. Divers arguments peuvent être en effet invoqués en sa faveur :

Tout d'abord un argument d'ordre clinique : la coexistence dans un certain nombre de rectites sténosantes, de foyers tuberculeux au niveau de divers organes et surtout au niveau des poumons.

Ensuite un argument d'ordre anatomo-pathologique : la présence de lésions folliculaires et de cellules géantes au niveau de certaines lésions rectales.

Enfin, un argument bactériologique : la présence de bacilles de Koch dans les lésions, révélées par l'inoculation au cobayé de broyats de parois rectales.

Tous ces arguments se révèlent très discutables. Comme le font remarquer Gatellier et Weiss, le fait qu'un certain nombre de malades atteints de rectites proliférantes et sténosantes sont en même temps porteurs de lésions tuberculeuses, soit éteintes, soit évolutives, ne saurait permettre de conclure qu'il existe là une relation de cause à effet. « On sait très bien aujourd'hui que la presque totalité des individus est en puissance de tuberculose et pourtant le rétrécissement inflammatoire est une

affection rare. Elle est même totalement inconnue dans certaines régions où les cas de tuberculose abondent cependant. »

D'une enquête conduite par ces derniers auteurs dans les milieux sanatoriaux, il résulte que, si avec une certaine fréquence on observe des lésions tuberculeuses ano-rectales et en particulier des fistules, on ne voit jamais ces lésions tuberculeuses évoluer vers le rétrécissement du rectum. Ce dernier paraît quasi exceptionnel dans les milieux sanatoriaux. La tuberculose, en particulier la tuberculose pulmonaire, apparaît plutôt comme une affection secondaire, comme on l'observe avec une certaine fréquence au cours de la plupart des maladies chroniques, surtout chez les malades qui font de longs séjours à l'hôpital. Quant aux lésions anatomo-pathologiques, elles pouvaient être un argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse au temps où l'on considérait que les cellules épithélioïdes et géantes entourées d'une agglomération de cellules embryonnaires, étaient pathognomoniques de cette infection. On sait actuellement qu'il n'en est rien. D'ailleurs, l'absence de caséum et d'abcès froid, les ulcérations rectales si différentes des lésions tuberculeuses, militent encore contre cette étiologie.

Un argument d'importance est celui tiré de la bactériologie ; en effet, après avoir éliminé certaines observations anciennes et fort discutables, il n'existe actuellement dans la littérature médicale que deux cas connus où l'on ait pu mettre en évidence le bacille de Koch, l'un sur les coupes des parois rectales (Hudelo, Caillaux et Pierrot), et l'autre par inoculation de ganglions pararectaux au cobaye (Moulonguet).

Dans une quarantaine de cas où l'on a pratiqué l'inoculation de pus ou de fragments de tissus malades au cobaye, cette

épreuve a été entièrement négative (Ravaut, Levaditi, Phemister, Karsner, etc.). On conçoit donc que presque toujours les rectites proliférantes et sténosantes ne puissent être attribuées à la tuberculose.

ROLE DES AUTRES ETIOLOGIES INVOQUEES

Il nous reste à dire quelques mots des différentes étiologies qui ont été invoquées dans le rétrécissement du rectum. Nous mentionnerons seulement la giardiose, la cladiose, la bilharziose, qui ont été signalées par différents auteurs dans des cas fort rares, pour insister davantage sur la dysenterie, la colite ulcéreuse, l'actinomycose et la nocardose.

La sténose rectale est possible au cours de la dysenterie et de la colite ulcéreuse, mais elle diffère complètement en pareil cas des sténoses rectales dont nous nous occupons. En effet, ce sont des rétrécissements cicatriciels qui succèdent aux ulcérations recto-coliques qui sont le fait de ces maladies. Desmarets et Savignac décrivent la sténose dysentérique de la manière suivante : c'est un rétrécissement valvulaire reposant sur une paroi rectale souple et sans périrectite scléreuse. D'ailleurs, ces sténoses dysentériques sont très rares et Woodward n'en aurait trouvé aucun cas, malgré une grosse épidémie de dysenterie pendant la guerre de Sécession. Cependant, on en a trouvé quelques cas décrits par Desmarets, Savignac, Nicolas, Lebeuf et Charpy.

La colite ulcéreuse produit des lésions très étendues qui déterminent par leur cicatrisation des rétrécissements très différents de ceux qui nous intéressent, car ils ne s'accompagnent pas de périrectite.

L'actinomycose, étudiée par Thévenot et Poncet, reprise par Bensaude, se caractérise par une périrectite sans lésions de la muqueuse, par une infiltration ligneuse de la fesse et du creux ischio-rectal, donnant lieu à un certain moment à un abcès et à des fistules qui contiennent dans le pus des grains jaunes pathognomoniques.

Pendant toute cette évolution, la muqueuse reste intacte et mobile sur la plaie sous-jacente. Les 20 cas publiés ne peuvent pas entrer dans le cadre des rectites sténosantes, étant donné que le stade de rectites proprement dite manque.

Il nous reste à éliminer les nocardoses qui ont été décrites comme cause de rectites sténosantes. Parmi les 6 cas qui ont été publiés, dont 5 par Gougerot, 1 par Moutier, Barbier et Deroche, les signes cliniques qui ont été trouvés diffèrent très peu de ceux des rectites sténosantes. Le diagnostic a été basé sur la présence de filaments nocardiques dans le pus rectal sur une réaction sérologique positive et enfin sur l'existence d'un filament dans une cellule géante. Or, ni la présence de filaments dans le pus, ni la réaction sérologique, qui en matière de mycose est assez discutable, ne peuvent faire conclure à l'origine nocardique d'un rétrécissement.

D'ailleurs, dans le cas de Moutier, ou par le procédé de l'auteur a obtenu une culture de nocardia, Gatellier a pratiqué Gougerot, l'auteur a obtenu une culture de nocardia, Gatellier a pratiqué ultérieurement une réaction de Frei. Il a trouvé cette réaction positive.

En somme, on peut conclure que les nocardias vivent en saprophytes, comme tant d'autres microbes, levures et cham-

pignons dans le rectum, sans être pour cela cause de rétrécissement.

Il y a enfin des cas qui ont été attribués à une infection banale d'origine intestinale (Grégorio, Gay, Prieto, Villafuentes). Rien en ce moment n'autorise à leur accorder un rôle déterminant dans les rectites sténosantes.

ROLE DE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

De l'étude des traumatismes et infections qui ont été successivement incriminés comme causes de rétrécissements du rectum, il résulte clairement, nous l'avons vu, qu'aucun d'entre eux ne paraissait pour expliquer tous les cas. Le problème restait donc bien obscur jusqu'au jour où la découverte de l'intra-dermo-réaction de Frei, au virus de la maladie de Nicolas-Favre, est venu éclairer singulièrement ce chapitre de la pathologie.

C'est en 1926 que Frei eut l'idée d'appliquer à des cas de rectites la réaction qu'il avait mise au point en 1925. Il obtint des résultats constamment positifs dans des cas d'éléphantiasis génital et de sténose rectale.

L'auteur danois Jersild reprit alors les recherches de Frei et les étendit à de nombreux cas. Il montra que le syndrome ano-recto-génital, qu'il avait décrit et qu'il avait cru pendant un certain temps être dû à l'infection par le bacille de Ducrey, était dû en réalité au virus lymphogranulomateux.

La plupart des statistiques récentes sont venues corroborer ces résultats.

Toutefois, certains auteurs discutent encore sur la spécificité de la réaction de Frei (Gallart-Monès). Pour ce dernier, la réaction de Frei serait parfois positive chez des sujets qui n'ont subi aucune atteinte du virus lymphogranulomateux et inversement la réaction de Frei serait parfois négative chez des sujets ayant soit une adénite suppurée typique, soit une rectite proliférante et sténosante.

Il semble que la plupart de ces auteurs ne se soient pas entourés de toutes les précautions désirables pour pratiquer la réaction de Frei et n'aient point écarté systématiquement toutes les causes d'erreur.

Tout d'abord, il ne faut pas oublier qu'un certain temps est nécessaire pour que la réaction de Frei devienne positive au cours d'une infection lymphogranulomateuse.

Il faut compter en moyenne 3 à 4 semaines au minimum, mais ce délai doit être parfois considérablement augmenté. Il est relativement fréquent de trouver la réaction de Frei négative au premier examen, et de la trouver positive en la recommençant quelques semaines ou quelques mois plus tard. Faute de ces précautions, on risque de proclamer à tort la négativité de la réaction de Frei.

De plus, d'autres infections associées et en particulier la syphilis et la chancrelle peuvent être la cause d'un état d'anergie lymphogranulomateuse qui disparaît lorsque ces affections ont été traitées.

On conçoit qu'il puisse y avoir des causes d'erreur si on méconnaît ces cas et si on ne répète pas les réactions.

La qualité de l'antigène employée est non moins importante.

A ce point de vue, il semble préférable, et tel est l'avis de notre maître le Docteur Lambling, d'utiliser comme antigène uniquement des produits provenant de lésions lymphogranulomateuses humaines : pus, broyat de ganglion ou de lésion rectale.

Il ne faut pas oublier d'autre part que l'antigène perd ses qualités avec le temps, et ne pas se fonder sur les résultats donnés par un produit de préparation ancienne.

Le pus est le plus fréquemment employé, après dilution au 1/3 dans du sérum physiologique et tyndalisation. Il importe avant son utilisation pratique, de vérifier son pouvoir antigénique et sa spécificité sur des malades déjà connus et sur des témoins indemnes.

Pratiquée ainsi avec toutes les précautions désirables, la réaction de Frei est apparue à tous les auteurs comme une réaction absolument spécifique, permettant d'affirmer que le sujet porteur d'une réaction de Frei positive est ou a été infecté par le virus lymphogranulomateux.

Ce point étant acquis, la réaction de Frei a été étudiée systématiquement chez des malades atteints de rectites et de rétrécissement inflammatoire du rectum.

Or, les diverses statistiques connues actuellement, et qui ont été présentées pour la plupart au dernier Congrès de Chirurgie, nous montrent que, dans une proportion plus ou moins élevée suivant les auteurs, la réaction de Frei est le plus fréquemment positive.

	RECTITES			RÉTRÉCISSEMENTS		
	Frei +	Frei douteux	Frei 0	Frei +	Frei douteux	Frei 0
GATELLIE et WEISS (241 obs. provenant de 47 auteurs).....	13	0	0	212	6	10
BENNSAUDE et LAMBLING (154 obs. personnelles)	53	3	1	83	9	5 (1)

En comparant ces pourcentages à celui des autres réactions biologiques pratiquées chez ces mêmes malades, on aboutit au résultat suivant :

— lymphogranulomatose ..	88 %	} statistique de Bensaude et Lambling.
— syphilis	66 %	
— gonococcie	30 %	
— chancrelle	13 %	

Ces résultats sont vraiment impressionnants. Ils ont conduit les auteurs modernes à s'orienter vers la lymphogranulomatose et à rechercher chez tous les malades atteints de rectite, d'autres manifestations cliniques dont l'étiologie lymphogranulomateuse est actuellement admise par tous.

En interrogeant avec soin les malades, en recherchant l'existence de petites cicatrices dans la région inguinale, on découvre que, dans un quart des cas environ, les malades ont eu, parfois plusieurs années auparavant, une adénite inguinale suppurée et fistulée.

Dans d'autres cas, l'adénite inguinale suppurée évolue en même temps que le rétrécissement ou la rectite décrite plus haut. Enfin, parfois, il s'agit d'une lésion d'éléphantiasis ano-recto-génital (syndrome de Jersild) bien connu à l'heure actuelle.

La preuve biologique de l'origine lymphogranulomateuse de ces lésions a été fournie par Ravaut, Levaditi, Lambling et Cachera qui, par inoculation intra-cérébrale au singe de végétations rectales provenant d'une anite ulcéro-végétante, réalisèrent chez cet animal une encéphalite lymphogranulomateuse typique.

Dans un cas de rétrécissement du rectum Laederich, Levaditi, Mamou et Beauchesne, répétèrent avec succès l'expérience précédente.

S'appuyant sur ces divers arguments à la fois cliniques et biologiques, divers auteurs, à la suite de Jersild, attribuèrent au virus de la maladie de Nicolas-Favre la paternité de la plupart des rectites et des rétrécissements du rectum. Ils prétendirent en particulier que le classique syphilome ano-rectal de Fournier était d'étiologie non pas syphilitique, mais lymphogranulomateuse.

D'autres, avec Gougerot, divisent les rétrécissements du rectum en deux catégories bien distinctes : d'une part le syphilome ano-rectal de Fournier, lésion sèche et fibreuse sans ulcérations, d'origine purement syphilitique et dont ils confirment eux-mêmes l'extrême rareté, et d'autre part les rectites et rétrécissements avec bourgeonnements, ulcérations et fistules souvent associés à des adénopathies suppurées ou à des lésions d'éléphantiasis ano-génital et qui relèveraient de causes

diverses : streptococcie, lymphogranulomatose, mycose, tuberculose, nocardose, etc.

En fait, il semble bien qu'il n'existe pas une différence essentielle entre le syphilome ano-rectal et les syndrômes ano-recto-génitaux. Fournier lui-même avait signalé, sans y attacher d'ailleurs beaucoup d'importance, la coexistence possible d'éléphantiasis génital et le syphilome ano-rectal, ainsi que la possibilité d'observer au cours de l'évolution d'un syphilome des suppurations et des fistules.

En pratique, entre le syphilome ano-rectal classique et le syndrome de Jersild, il est possible d'observer tous les types intermédiaires.

Enfin, comme l'a montré notre maître, le Docteur Lambling, dans une étude basée sur 5 observations caractéristiques, les malades atteints de rectites hyperplasiqués à type de syphilome ano-rectal de Fournier, présentent tous une réaction de Frei positive, alors que la preuve clinique et sérologique de la syphilis est difficile ou impossible à faire.

Il semble bien que hormis quelques rares cas où une autre étiologie puisse être logiquement invoquée, les rectites hypertrophiantes et sténosantes soient dues presque toutes au virus de la maladie de Nicolas Favre.



CHAPITRE II

Considérations thérapeutiques sur les Rectites et les Rétrécissements du Rectum

Aucun moyen thérapeutique ne peut actuellement inscrire à son actif un seul cas de guérison de rétrécissement rectal constitué. Il ne peut donc s'agir que d'un traitement palliatif que l'on a demandé tour à tour à la chirurgie, aux agents physiques, aux médications antiseptiques.

En dehors des thérapeutiques étiologiques (vaccinothérapie antigonococcique et chancrelleuse), dont nous avons précédemment parlé, et en présence de leur impuissance, on avait été conduit à recourir à la chirurgie.

1° — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne parlerons pas de la rectotomie (Reclus, Kunephrey, Verneuil) ou de la rectoplastie (Péan), qui n'ont pas survécus à leurs promoteurs.

Seuls l'exérèse chirurgicale et la colostomie se discutent. Quels que soient les opérateurs et les procédés employés, les résultats ont été dans l'ensemble très défavorables, et à part quelques-uns, la plupart des chirurgiens ont actuellement

renoncé à tenter des exérèses, interventions grevées d'une importante mortalité opératoire et suivies dans la grande majorité des cas de récidives rapides. Telles sont d'ailleurs les conclusions des rapporteurs du XLIII^e Congrès Français de Chirurgie.

En réunissant tous les chiffres apportés par les différents auteurs au Congrès de Chirurgie, les rapporteurs publient la statistique suivante, qui est assez démonstrative :

105 extirpations du rectum ont donné :

13 morts opératoires ;

72 récidives par rétrécissement ;

9 récidives par rectite hypertrophique suppurée ;

2 incontinences totales ;

7 améliorations ;

2 guérisons (tous deux avec Frei négatif ou douteux).

Que penser de la colostomie ? Certes, cette intervention supprime chez les malades les crises de subocclusion et l'intoxication streccorémique et on voit à sa suite les malades reprendre du poids et de l'appétit. Toutefois, c'est une colostomie définitive qui fait de ces malades des infirmes et leur rend la vie assez pénible.

Aussi, de l'avis de notre maître, le Docteur Lambling, il ne faudrait pas exagérer les indications de la colostomie, qui constitue une thérapeutique palliative. Elle n'est indiquée qu'assez tardivement et dans les cas où la sténose est devenue ponctiforme et indilatable.

C'est dire qu'on aura assez rarement l'occasion de la conseiller, si l'on a soin de revoir ces malades fréquemment et d'alterner chez eux les diverses thérapeutiques.

2° — TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical comporte d'une part un traitement local consistant en :

- a) lavements antiseptiques ;
- b) physiothérapie : radiothérapie, électrocoagulation, dilatation simple et diathermique ;

et d'autre part, un traitement général qui peut être :

- a) un traitement biologique ;
- b) un traitement chimiothérapique.

TRAITEMENT LOCAL ANTISEPTIQUE

Les différents antiseptiques employés ont varié suivant les périodes ; c'est ainsi qu'on a employé le permanganate de potasse, l'argyrol, la gonacrine, etc.

Ensuite, les solutions les plus diverses ont donné des résultats et en particulier le protargol, le bleu de méthylène, la solution de Lugol à 1 % ou de Ziehl (une cuillerée à café pour 150 gr. d'eau). On pourra les utiliser, soit sous forme de petits lavements quotidiens de 100, 150 grammes, à garder pendant 10 à 20 minutes, soit sous forme de lavages à canal ouvert, réalisés sous le contrôle rectoscopique.

Lorsque le malade peut se soumettre régulièrement à ce contrôle, on pratiquera avec avantage des badigeonnages intra-

rectaux de bleu de méthylène à 1/100, de solution de Ziehl non diluée, ou de mercurio chrome à 2 ‰. Sénèque a préconisé également des injections hebdomadaires « in situ » d'un centimètre-cube de Lugol, mais cette pratique est douloureuse et déclanche de fortes réactions thermiques à 39° ou 40°.

Les pansements locaux à base de sous-gaïlate de bismuth sont en général mal supportés.

En somme, on s'efforcera d'éviter la stase purulente dans les lésions rectales. Tous les antiseptiques paraissent également actifs et il semble qu'il faille surtout alterner leur emploi.

Nous donnons ci-après la formule et le mode d'emploi des lavages rectaux utilisés à la consultation du Docteur Lambling, à l'hôpital Necker :

I. — Iode métalloïdique	1 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Eau distillée	100 cc.
II. — Bleu de méthylène	6 gr.
Eau distillée	100 cc.
III. — Solution de Ziehl (fuchsine phéniquée des laboratoires	100 cc.

Prendre pendant un mois un lavement de 150 grammes d'eau bouillie tiède (avec une poire) additionné chaque fois d'une cuillerée à café : tantôt de la solution I, tantôt de la solution II, tantôt de la solution III.

Garder le lavement 15 minutes (en restant assis ou debout de préférence), puis l'évacuer.

TRAITEMENT LOCAL PHYSIOTHERAPIQUE

La radiothérapie. — On a tenté l'emploi de la radiothérapie dans les rectites sténosantes à cause des bons résultats qu'on a obtenus dans la localisation inguinale de la lymphogranulomatose bénigne. Elle n'a pas répondu aux espoirs que l'on croyait fonder sur elle.

Habituellement, on sait qu'elle a un effet résolutif sur les lésions ano-rectales, congestives ou suppurées, et en particulier sur les fistules. Son action est nulle sur la sténose rectale elle-même. Les sécrétions purulentes sont parfois temporairement diminuées en quantité, mais les infiltrations inflammatoires et les abcès périrectaux peuvent sous son influence évoluer vers une fonte purulente extensive très douloureuse et dont il est difficile ensuite de se rendre-maitre (Bensaude et Marchand).

On voit, d'après cet exposé, que les résultats sont mauvais ; c'est donc une thérapeutique à déconseiller formellement.

L'électro-coagulation ne peut être envisagée qu'en présence des végétations intra-rectales ou de condylomes très volumineux. Elle détermine en général une poussée douloureuse d'ano-rectite et ses effets destructifs ne sont que provisoires.

La diathermie représente un des traitements de base de la maladie. Introduite dans la thérapeutique par Bensaude et Marchand, elle semble devoir remplacer avec avantage la dilatation simple avec bougies métalliques ou sondes en gomme. On fera une séance de 20 minutes environ tous les deux jours, jusqu'à concurrence de 10 à 12 applications par série. Appliquée

avec compétence, c'est un moyen thérapeutique pratiquement dépourvu de danger. Un seul cas mortel de péritonite par perforation a été observé en l'espace de 10 ans sur 20.000 applications faites à la consultation spéciale du Docteur Bensaude.

La grande indication est le rétrécissement constitué. Sous son influence, la sténose s'assouplit en même temps qu'elle se dilate. Le fonctionnement intestinal se régularise, et à la condition de les soumettre à des cures d'entretien, les malades peuvent éviter la colostomie de dérivation.

Le rythme des séries est variable suivant les cas, conditionné par le degré du rétrécissement et sa progression. L'expérience montre qu'il faut s'efforcer de ne pas laisser descendre le au-dessous de 15 mm. Dans les rectites, les indications de la diathermie sont moins absolues. Il semble que son action à la fois résolutive et congestive, rende plus efficace le traitement par les antiseptiques locaux et généraux.

TRAITEMENT GENERAL

La médication générale anti-infectieuse, qu'elle soit chimique ou biologique, représente évidemment la thérapeutique de l'avenir. C'est depuis la découverte du rôle que la maladie de Nicolas Favre jouait dans les rectites hypertrophiques et sténosantes, qu'on a été amené à proposer toute une série de médicaments dont l'emploi a été tour à tour recommandé.

Aucun traitement en ce moment ne paraît spécifique.

L'inefficacité du traitement antisiphilitique, même sur des lésions jeunes et chez des syphilitiques avérés, n'est plus actuel-

lement à démontrer : on l'a vu plus haut. La vaccinothérapie antigonococcique chez des malades dont la gono-réaction était positive, ne nous a pas donné de résultats et n'a donné que des échecs entre les mains de tous ceux qui l'ont tentée. La vaccinothérapie antichancrelleuse appliquée aux sujets dont l'intra-dermo-réaction au Dmelcos était positive, a paru améliorer les lésions dans la mesure où elles étaient surinfectées par le bacille de Ducrey (Bensaude et Lambling).

La localisation rectale de la maladie de Nicolas Favre a bénéficié de l'expérience thérapeutique des formes inguinales.

Deux méthodes thérapeutiques ont été employées : méthode biologique et méthode chimiothérapique. La méthode biologique, préconisée par Ravaut et Levaditi, consiste en injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux en injections de sérum de convalescent ou en injections sous-cutanées de vaccin préparé par Ionesco Mihaesti, à l'Institut Cantacuzène de Bucarest. Ces moyens n'ont pas encore été employés sur une échelle suffisamment large pour avoir fait leur preuve.

L'antigène lymphogranulomateux est préparé par tyndallisation, soit de pus ganglionnaire, soit du broyat de cerveau de singe en expérience. La technique de préparation du virus chauffé, son emploi et les résultats obtenus ont été décrits en détails par Maisler dans sa thèse de doctorat. (Thèse de Paris, 1932.)

La sérothérapie consiste à injecter un sérum préparé par Levaditi à l'Institut Pasteur, par injections répétées de virus à un cheval. On utilise chez l'homme la voie intraveineuse, parce qu'on a vu que les injections sous-cutanées étaient inefficaces dans la maladie ganglionnaire.

Dans le rapport fait au XLIII^e Congrès Français de Chirurgie, Ravaut présente les observations de 13 cas de rectites et 1 cas d'esthiomène de la vulve, dans lesquels on a pratiqué des injections intraveineuses de virus chauffé. Dix de ces malades n'ont reçu que 2 à 4 injections pratiquées dans le but d'étudier l'hémo-réaction, et le traitement a été suspendu presque aussitôt; leur observation ne peut donc permettre de tirer des conclusions; chez trois autres, le traitement a été plus longtemps poursuivi : chez deux, une amélioration des symptômes s'est produite au bout de quelques injections, mais satisfaits de ce léger résultat, les malades ont abandonné le traitement; chez un troisième, le résultat a été très bon.

Trois malades seulement ont été traités par le sérum de Levaditi ; chez tous les trois, on a remarqué une très légère amélioration des signes fonctionnels et généraux, mais sans aucune modification des signes physiques.

Le vaccin de Ionesco Mihaesti a été employé dans 4 cas de rectite par lui et ses collaborateurs, et une fois dans une rectite proliférante par Jacobovici.

Dans les 4 premiers cas, une guérison, deux améliorations et un échec ont été rapportés ; quant au cas de Jacobovici, il avait obtenu une amélioration remarquable.

*
**

La chimiothérapie utilise un assez grand nombre de médicaments, parmi lesquels la solution de Lugol, le salicylate de soude et les sels d'antimoine paraissent actuellement les plus actifs. Citons seulement pour mémoire : l'émétine, le sulfate de

cuivre, les sels d'acridine, les composés formo-iodés spécialisés, la solution d'éther benzyl-cinnamique en injections sous-cutanées, préconisées par Jacobson, voire même l'huile de Chaulmoogra.

Nous essaierons maintenant d'étudier successivement l'historique, les accidents et les incidents de l'emploi de la solution de Lugol, du salicylate de soude et de l'antimoniothiomalate de lithium, que nous avons appliqués soit séparément, soit associés entre eux à 89 de nos malades, dont 54 rétrécissements et 35 rectites.

Le traitement par le Lugol a été appliqué à 43 malades, dont 15 rectites et 28 rétrécissements, le traitement par le salicylate de soude à 7 malades, dont 4 rectites et 3 rétrécissements.

On a associé la solution de Lugol et le salicylate de soude chez 8 malades, dont 4 rectites et 4 rétrécissements.

On a associé solution de Lugol, antimoniothiomalate de lithium chez 12 malades, dont 3 rectites et 9 rétrécissements, et enfin, solution de Lugol, salicylate de soude, antimoniothiomalate de lithium chez 8 malades, dont 3 rectites et 4 rétrécissements.

TRAITEMENT PAR LA SOLUTION DE LUGOL

Ravaut fut le premier à employer la solution de Lugol à 1 % dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale.

Par la suite, Bensaude et Lambling ont étendu son emploi au traitement des rectites végétantes et du rétrécissement du rectum. Le mode d'administration est variable : soit par la bouche, soit en injections intraveineuses.

Nous donnons ici la formule employée pour le traitement *per os* :

Iode métalloïdique : 3 grammes;
Iodure de potassium : 6 grammes;
Eau distillée : 300 centimètres cubes.
2 à 3 cuillerées à café par jour.

Mélanger chaque cuillerée à café à la valeur d'une tasse à café de lait chaude, une demi-heure avant le repas, et absorber le mélange au cours du repas.

Traitement de 3 semaines. Cesser pendant 3 semaines. Puis recommencer.

Appliquée de cette manière on évite le plus possible les troubles gastro-intestinaux qui peuvent parfois survenir.

Ce traitement s'emploie d'habitude dans l'intervalle des séries d'injections.

L'administration par voie intraveineuse se fait suivant la méthode de Ravaut, en combinant extemporanément dans la seringue la solution de Lugol à 1 % avec une solution d'hypo-sulfite de soude à 20 % jusqu'à décoloration.

Les injections intraveineuses sont tri-hebdomadaires à doses progressives de 5, 10, 15 et même 20 cc., chaque série comportant 15 à 20 injections et un total de 250 à 300 cc. de Lugol. L'intolérance cutanée et générale est exceptionnelle, et la médication n'offre aucun danger, réserve faite d'une tuberculose pulmonaire latente qu'elle risquerait de réveiller.

Dans les 43 cas que nous avons traité avec la solution de Lugol, soit 15 rectites et 28 rétrécissements, et chez lesquels il

a été employé cette solution, soit *per os* (18 cas), soit par voie intraveineuse (16 cas), enfin les deux combinées (9 cas), nous avons obtenu les résultats suivants :

— 3 cas rétrécissements : obs. n^{os} 2, 19, 22; le traitement a été mal supporté;

— 1 cas rectite : obs. n^o 27, acné iodique.

Sur les 39 cas restants, on a obtenu :

dans 2 cas de rectite, « *restitutio ad integrum* » : obs. n^{os} 39 et 42, dont nous donnons les observations détaillées :

Observation n^o 39 :

M. Hof... vient consulter au début d'octobre 1933 pour des douleurs anorectales, sang et pus à la défécation.

A l'examen : infiltration anorectale de 4 à 8 cm. — Ulcération profonde en avant à 4 cm. — Légère ulcération dissimulée de la muqueuse. — Trois séries de Lugol d'octobre 1933 à juillet 1934.

Frei + Dmelcos O, Gonoréaction O, pas de syphilis sérologique, sodomie +. *Restitutio ad integrum*.

Observation n^o 42 :

M. Mar... vient consulter pour diarrhée, hémorragies rectales, glaires, coliques, fausses envies, sang et pus dans les matières.

Examen : colite érosive, muqueuse recouverte de mucosités, pas d'ulcération profonde.

Réactions sérologiques : Frei +, Dmelcos +, gono + B. W. Hecht + sodomie +.

Subit un traitement de 15 injections de Lugol intraveineux, puis deux fois 300 grammes de solution de Lugol per os.

Restitution ad integrum.

*
**

Dans deux cas : obs. n° 6 (rétrécissement) et n° 41 (rectite), amélioration notable des signes physiques.

Dans trois cas : obs. n° 2 (rétrécissement), n° 23 (rétrécissement) et n° 29 (rétrécissement) : légère amélioration des signes physiques.

Dans un cas : obs. n° 20 (rétrécissement), augmentation de la sténose, mais amélioration des troubles fonctionnels et généraux.

Dans deux cas : obs. n° 40 (rétrécissement) et n° 89 (anite ulcéreuse), disparition d'un état fébrile oscillante entre 38° et 39° depuis assez longtemps et ayant nécessité l'hospitalisation d'un d'entre eux.

Enfin, dans les derniers 25 cas, nous avons noté que si l'action de la solution de Lugol sur l'état physique des lésions paraissait à peu près nulle, il existait une très notable amélioration des troubles rectaux : diminution et parfois disparition des écoulements purulents et sanglants, diminution du nombre des pseudo-selles (retour à 1, 2 selles moulées par jour) sédation des douleurs au moment de la défécation.

Du côté de l'état général, les malades accusaient une amélioration très marquée, reprise de l'appétit, des forces et du poids.

Certains malades ont ressenti une si notable amélioration à la suite de ce traitement iodé, qu'ils ont sollicité par la suite ou ont en tout cas facilement accepté de nouvelles cures.

On voit donc que l'action sur l'état général, en particulier en cas d'évolution fébrile, est habituellement très favorable : localement les sécrétions deviennent moins abondantes et les envies moins fréquentes. Les améliorations objectives nettes sont par contre beaucoup plus rares.

TRAITEMENT

PAR LA SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

Le salicylate de soude a été employé pour la première fois dans la thérapeutique de la maladie de Nicolas Favre inguinale et sa localisation rectale, par Paul Chevallier. C'est à la suite d'une certaine amélioration obtenue chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu qui présentait en même temps une rectite sténosante et chez lequel on avait administré le salicylate de soude pour son rhumatisme, qu'on a tenté de l'employer sur une plus grande échelle dans la lymphogranulomatose bénigne.

P. Chevallier n'a pas obtenu par la suite des résultats très satisfaisants. Dans une statistique de Bensaude et Lambling, on trouve pour 14 cas (6 rétrécissements et 8 rectites), 4 améliorations fonctionnelles, deux améliorations objectives des lésions et dans trois cas, des réactions d'intolérance incompatibles avec la poursuite du traitement.

Le traitement comporte une série de 15 injections environ, pratiquée tous les 2 à 3 jours par voie intraveineuse, à raison de 1 à 2 ampoules chaque fois de : salicylate de soude, 1 gr.; glucose, 1 gr.; eau distillée, 10 cc.

Dans l'ensemble, le produit est bien supporté. Quelques malades font des réactions de shock généralement bénignes d'ailleurs.

Sur 7 cas (4 rectites et 3 rétrécissements) traités avec le salicylate de soude, il a été administré par voie intraveineuse dans 6 cas, et dans un seul cas per os, à la dose de 6 gr. par jour. Obs. n° 47 (rétrécissement).

Dans un cas il a été mal supporté — Obs. n° 45 (rectite) — et le traitement a été interrompu à la 6^e piqûre.

Il n'y a eu aucune amélioration dans l'obs. n° 46 (rectite).

Dans un cas : Obs. n° 49 (rectite), une première série d'injections s'étant montrée sans action, une deuxième série pratiquée quelque temps après a amené une notable amélioration.

Dans 4 autres cas, on a noté un certain résultat favorable sur les troubles fonctionnels.

On voit donc que si la thérapeutique salicylée a un résultat sur les troubles fonctionnels et objectifs, elle n'a amené que dans un seul cas une très légère amélioration de l'état général.

Il semble donc que les résultats obtenus sont moins favorables que ceux obtenus avec l'iode.

TRAITEMENT

PAR L'ANTIMONIOTHOMALATE DE LITHIUM

L'antimoine est l'un des médicaments les plus anciennement connus, puisque déjà Dioscoride, qui vivait au 1^{er} siècle de notre ère l'utilisait couramment.

Depuis il ne cessa jamais de faire partie de l'arsenal thérapeutique utilisé tantôt comme expectorant, tantôt comme vomitif et tantôt enfin comme controstimulant, en particulier au

cours des maladies chroniques. C'est à ce titre qu'on le conseillait sous forme de kermès dans la « scrofule » et particulièrement dans les adénopathies qui caractérisaient cette dernière.

Encore récemment, Chevallier était revenu sur la question pour recommander cette thérapeutique dans certaines adénites tuberculeuses. Utilisé dans les adénites bacillaires, l'antimoine ne tarda pas à être essayé dans les adénites d'autre origine.

C'est ainsi qu'il fut prescrit dans les bubons chancreux où les résultats furent médiocres — dans la maladie de Hodgkin où l'on a signalé des améliorations passagères sous son influence — enfin dans la maladie de Nicolas Favre inguinale.

Employé d'abord par les auteurs argentins, sous forme d'émétique antimonio-potassique, il fut surtout utilisé en France sous forme d'émétique antimonio-sodique.

Ces deux produits étaient administrés par voie intraveineuse à doses progressives en commençant par 0 gr. 02 du produit pour atteindre 0 gr. 10, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours et d'un total de 2 gr. environ par série.

Ce mode d'emploi n'est pas sans quelques inconvénients ; tout d'abord, le produit étant fort irritant pour les tissus, quelques gouttes injectées par mégarde en dehors des veines provoquent d'assez vives réactions douloureuses et inflammatoires d'ailleurs passagères. De plus il est fréquent d'observer, quelques instants après l'injection, des accès de toux, le plus souvent sèche et brève, mais pouvant parfois être émétisante. Enfin on a signalé des crises de congestion de la face et des crises rappelant les crises nitritoïdes de l'arsénothérapie.

L'émétique antimonio-sodique doit être considérée — par la

puissance de son action — comme le médicament d'attaque de l'arsenal stibié.

Aussi a-t-on été conduit à tenter d'employer, cette fois par voie intramusculaire, un autre produit antimonie : l'antimoniothiomalate de lithium. Il a été utilisé pour la première fois dans la maladie de Nicolas et Favre inguinale par MM. Sézary et Faquet, qui ont publié des résultats très favorables dans leur communication du 17 mai 1934, à la Société de Dermatologie.

Devant de tels résultats il était logique de tenter l'utilisation de l'antimoine dans le traitement des rectites et rétrécissements du rectum, dont l'étiologie lymphogranulomateuse pouvait être prouvée.

C'est ce que fit notre maître, le Docteur Lambling, qui expérimenta dans de nombreux cas, qui font l'objet de cette étude, l'antimoniothiomalate de lithium. Il apparaît donc clairement que l'introduction de l'antimoine dans la thérapeutique des rectites est bien le fait de l'opinion que nous avons actuellement de leur étiologie.

L'ANTIMONIOTHIOMALATE DE LITHIUM

Ce corps fut préparé en 1934, par le Professeur L. Launoy.

Ce dernier avait tout d'abord préparé un antimoniothiomalate de sodium ; ce produit présentait l'inconvénient de se troubler à la chaleur par formation d'un petit précipité cristallin. Aussi lui a-t-on finalement préféré l'antimoniothiomalate de lithium qui a les mêmes propriétés et donne des solutions absolument parfaites.

Sa formule chimique est la suivante :



C'est donc un sel d'antimoine trivalent qui contient 16,6 % d'antimoine. Nous l'avons employé en solution à 10 %. Il est préparé actuellement en solution à 6 %.

Notons en passant que la molécule de ce produit contient du soufre qui paraît jouer un rôle important dans l'assimilation et l'élimination du produit.

Ce produit se présente sous la forme d'une poudre blanche légèrement rosée, facilement soluble dans l'eau distillée.

On stérilise la solution par tyndallisation qui ne modifie en rien les qualités et les propriétés du médicament. L'étude de la toxicité du produit permet de retenir les chiffres suivants qui expriment en grammes d'antimoine par kg. d'animal les doses qui tuent la moitié du lot des animaux en expérience (50 % de la dose survie étant considéré par les pharmacologistes comme le meilleur moyen d'apprécier la toxicité d'un produit avant son utilisation clinique). Les chiffres sont donc :

- chez la souris par voie intraveineuse : 0,025 à 0,030 ;
- chez le lapin par voie intraveineuse : 0,006 ;
- chez le chien par voie intramusculaire : 0,007.

Dans son ensemble, le produit a une toxicité qui est environ la moitié de celle de l'émétique antimonio-sodique.

Posologie

Nous avons utilisé le produit en solution à 10 % de la manière suivante. Nous avons dilué cette solution à 10 % dans du sérum physiologique à la dose de 4 cc. de sérum physiologique pour 1 cc. de solution antimonlée à 10 %. La dilution ainsi obtenue contenait donc 0,02 cg. de produit actif par centimètre cube. Les injections étaient répétées 3 fois par semaine par voie intramusculaire aux doses suivantes :

1 ^{re} inj.	1 cc. de solution à 2%, soit 2 cgr. de sel ou 1/3 cgr. d'antimoine					
2 — 2	—	— — 4	—	2/3	—	
3 — 3	—	— — 6	—	1	—	
4 — 4	—	— — 8	—	1 1/3	—	
5 — 5	—	— — 10	—	1 2/3	—	
6 et suiv. 6	—	— — 12	—	2	—	
20 — p. série		soit 2 gr. 10	ou	0 gr. 35		

et les autres injections à la dose de 6 cc. jusqu'à un nombre de 20 injections, ce qui représente au total 2 gr. 10 de sel actif.

(Si l'on utilise le produit courant en solution à 6 %, il faut donc injecter 3 fois moins de cette solution.)

11 malades (6 rectites et 5 rétrécissements) ont été traités par l'antimoniouthiomalate de lithium par voie intramusculaire à la dose de 20 injections suivant la technique décrite plus haut.

Dans l'ensemble, ce traitement a été bien toléré, nous n'avons pas observé de crises congestives de la face, ni de

vomissements ni de quintes de toux quelques minutes après l'injection.

Un malade (Obs. n° 83) a été atteint deux jours après la 12^e injection, d'une éruption zostériforme typique de la région cervicale gauche, éruption qui a fait interrompre le traitement pendant trois semaines, mais n'a pas récidivé lorsqu'on a repris les injections.

Les malades ont présenté dans une forte proportion des algies surtout scapulo-humérales, mais aussi généralisées au rachis et aux membres. Ces algies ont d'ailleurs été modérées et la plupart du temps n'ont pas empêché les malades de vaquer à leurs occupations. Elles sont en tout cas infiniment moins violentes que les algies observées au cours des thérapeutiques par les divers émétiques injectés par voie intraveineuse. Avec ces derniers produits on est fréquemment amené par suite de l'intensité des algies ou par suite des vomissements à diminuer les doses primitivement prévues. Il est très rare qu'on soit obligé de le faire au cours du traitement par l'antimoniothiomalate de lithium.

Dans un seul cas : obs. n° 65 (rétrécissement), le traitement s'est montré dépourvu de toute action.

Dans deux cas, obs. n° 58 et n° 67 (rectite et rétrécissement) il a amené une amélioration légère des signes physiques.

Mais dans les autres 8 cas, s'il a paru n'apporter aucun résultat au point de vue de l'état physique du rectum, il a provoqué par contre une grande amélioration des troubles fonctionnels et de l'état général.

MEDICATIONS ASSOCIEES

Nous exposerons maintenant les différents résultats que nous avons obtenus par l'association chez le même malade des deux ou des trois médicaments plus haut décrits.

ASSOCIATION DE LA SOLUTION DE LUGOL ET DU SALYCILATE DE SOUDE

8 de nos malades (4 rectites et 4 rétrécissements) ont été traités successivement par la solution de Lugol et le salicylate de soude.

Dans deux cas : Obs. n° 50 et n° 56 (rétrécissements), résultats absolument nuls. Dans deux autres cas : Obs. n° 54 (rétrécissement) et n° 54 (rectite), la succession des deux traitements a amené une notable amélioration des troubles fonctionnels et de l'état général. Chez deux malades : obs. n° 51 et n° 52, en dehors d'une amélioration des troubles fonctionnels et généraux, on a noté une légère régression des signes physiques.

Enfin les deux autres cas ont présenté à la suite de cette thérapeutique une très nette amélioration locale : cicatrisation des ulcérations, diminution de volume des condylomes et des végétations.

De la lecture de ces quelques observations, il paraît déjà se dessiner la nécessité que nous démontrerons plus loin, de ne pas s'en tenir chez un malade, à un seul médicament, mais d'en associer et alterner plusieurs.

ASSOCIATION DE L'ANTIMONIOTHOMALATE DE LITHIUM

ET DE LA SOLUTION DE LUGOL

Ces deux traitements ont été associés chez 12 malades (3 rectites et 9 rétrécissements).

La thérapeutique iodée a été instituée avant la thérapeutique stibiée.

Dans un cas : obs. n° 76 (rétrécissement), résultat nul.

Dans un autre cas : obs. n° 72 (rétrécissement) le traitement n'a pas empêché la sténose rectale d'augmenter notablement.

Chez deux malades ! obs. n° 70 et n° 79 (rectites), nous avons noté une légère amélioration de l'état local du rectum.

Dans un cas : obs. n° 71 (rétrécissement) l'amélioration a été très nette, puisque le rétrécissement qui arrêta auparavant le rectoscope de 15 mm., laissait passer ensuite facilement le rectoscope de 20 mm.

ASSOCIATION DU SALICYLATE DE SOUDE

ET DE L'ANTIMONIOTHOMALATE DE LITHIUM

8 malades ont été traités par cette association.

Dans un cas : obs. n° 81 (rétrécissement), le traitement n'a pas empêché la sténose rectale de continuer à l'aggraver.

Dans un cas : obs. n° 84 (rectite hypertrophique), les résultats ont été nuls.

Dans deux cas : obs. n° 85 et n° 86 (rectites) on a noté une légère amélioration des signes physiques et rectaux.

Enfin, dans 4 cas, l'ensemble de ce traitement s'est montré

sans action sur les signes locaux mais a amené chez les malades une amélioration des signes fonctionnels et généraux.

Comment expliquer que dans l'ensemble les malades qui font partie de ce dernier groupe ont été moins améliorés que ceux du groupe précédent qui n'avait reçu que deux séries de médicaments ?

En réalité, il faut remarquer que ce dernier groupe concerne des malades qui sont plus atteints et surtout plus anciennement atteints que ceux du groupe précédent. Rien d'étonnant donc à ce que l'on ait observé chez eux des résultats moins favorables.

*
**

De l'étude de ces 89 observations, il semble qu'on puisse adopter au point de vue du traitement les conclusions exposées par Bensaude et Lambling au XLIII^e Congrès français de Chirurgie : « Nous ne nous leurrerons pas sur la valeur de ces résultats. Certes, plus de la moitié de nos malades sont nettement soulagés par le traitement et la plupart d'entre eux sont débarrassés des infirmités (envies fréquentes, sécrétions purulentes continues) qui gênaient ou même interdisaient jusque-là une activité sociale régulière. Mais les guérisons sont exceptionnelles et ne concernent que les rectites, car nous ne pouvons parler de guérison dans aucun de nos cas de rétrécissement. S'il faut évidemment tenir compte, pour expliquer certains échecs du milieu spécial auquel appartiennent ces malades, et particulièrement des surinfections possibles, car beaucoup d'entre eux n'ont pas cessé leurs habitudes sodomiques, ou les reprennent

dès qu'ils sont améliorés, il faut reconnaître que la médiocrité des résultats obtenus dépend surtout de la faiblesse de nos moyens. Nous n'en voulons pour preuve que les abcès périrectaux ou les adénites inguinales suppurées que nous avons vu se développer et mûrir chez plusieurs de nos malades au cours du traitement iodé.

La mise au point d'une médication spécifique devrait donc être l'objet d'une recherche systématique et conjugée des médecins, des biologistes et des chimistes. Non seulement elle permettrait de limiter l'extension d'une affection particulièrement pénible, mais elle trancherait d'une façon définitive les discussions étiologiques dont elle est encore l'objet. »

Malades traités avec du Lugol

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
		Frei.	Dmel- cos	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H. V.					
Eti... ♀ 43 ans. N° 1	Rétrécissement 1921	+	0	1911	—	0	+	Déformation des matières. Ecoulement purulent. Fausses envies, Débâcle diarrhéique alternée avec très forts cons- tipation. Induration marge- anale. Trojets fistuleux multi- ples, Recto 15 — 10 +.	Lugol I. V. Muqueuse à peu près normale. Recto 15, passe facilement. Pas d'écoulement de pus. Fermeture des fistu- les.		
Fab... ♀ 50 ans. N° 2	Rétrécissement 1922	dout.	0	1912	—	—	+	Constipation. Douleurs. Infil- tration du canal anal surtout en arrière, Recto, 20, arrêté à 4 cm. 15 — 10 +.	Lugol per os Mal supporté.		
Fav... ♀ 25 ans. N° 3	Rétrécissement 1929						+	Coliques violentes. Grosse constipation. Fausses envies. Pus + Sang. Puis 15 selles par jour. Muqueuse indurée. Recto 20 — 15 +. Flot de pus.	Lugol I. V. Diminution du nom- bre des selles à 4 p. jour. Beaucoup moins de pus. Amélioration de l'état général.		
For... ♀ 39 ans. N° 4	Rétrécissement 1928	+	0	1920	—	0	niée	Constipation. Selles déformées. Pus et Sang. Recto 15 +.	Lugol I. V. Nuls.		
Fort... N° 5	Rectile végétante							Muqueuse très hémorragique. Constipation. Pus. Sang. Glaïres.	Lugol per os Nuls. Lugol IV		

Gir... ♂ 28 ans. N° 6 J	Rectile végétante 1932	+	O	1933	—	—	+	O	Glaires blanchâtres à chaque selle. Hémorragies abondantes. Amaigrissement. Muqueuse oedémateuse et végétante.	Lugol per os	Amélioration sur l'état des végétations.
Eau... ♀ 47 ans. N° 7	Rétrécissement 1928								Adénite inguinale gauche suppurée. Constipation progressive. 2 selles par jour. Sang.	Lugol I. V. 12 injections	Légère amélioration fonctionnelle.
God... ♀ 33 ans. N° B	Rétrécissement 1931	+	O				+		Douleurs rectales vives. Sang dans les selles. Amaigrissement 4 kg. Bride à gauche. Rectile hémorragique. Muqueuse granuleuse. Recto 20 — 15 +.	Lugol I. V. 30 injections	Action favorable sur l'état général, pas sur le pus.
Fra... ♂ 37 ans. N° 9	Rétrécissement 1932	dout	O	Σ	+	—	O	née	Lésions végétantes hypertrophiques périnéos-fessières. Infiltration gommeuse du scrotum. Constipation, sang et pus. Condylome avec muqueuse infiltrée.	Lugol per os	Légère amélioration.
Hum... ♀ 37 ans. N° 10	Rétrécissement 1930	dout	O	Σ	—	O			Diarrhée 10 selles par jour. Pus et sang. Recto 20 — 15 +.	Lugol I. V.	Diminution des selles, 4 à 5. Moins de pus. Amélioration état général. Pas de sang dans les selles.

Malades traités avec du Lugol

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei.	Dmel- cos	Début clini- que	Sérologie							
					Bw.	H.						V.
Kle... ♂ 64 ans, N° 11	Rétrécissement 1925	+	O	Σ O			O	+	Constipation. Douleurs abdo- minales. Amaigrissement, Sang. Pus et envies fréquentes. Recto 15 + à frottement.	Lugol per os Selles normales. Amé- lioration état général. Pas de pus. Le 15 passe facilement.		
Laq... ♀ 36 ans, N° 12	Rétrécissement 1919-1929	+	O	1928	—		O	+	Adénite inguinale supprimée 1929. Incontinence après opé- ration. Pus et sang. Recto 20 — 10 +.	Lugol per os Pas d'action sur le pus, mais soulagement de l'état général.		
Lar... ♂ 36 ans, N° 13	Rétrécissement 1928	+	O	Σ O	—	+	O		Adénite inguinale gauche sup- purée 1930. Douleur déféca- tion. Difficulté d'aller à la selle. Matières rubanées. Sang. Glaïres et peaux. Faux be- soins. Amaigrissement. Canal anal épaissi. 20 —.	Lugol I. V. Amélioration état gé- néral. Aucune amélio- ration locale.		
Mar... ♀ 41 ans, N° 14	Rétrécissement 1923	+	O	1910	—	+	O	nité	Selles lamelles. Sang. Ecoule- ment glaireux. Marge anale normale. Canal anal souple non infiltré, 20 —. Saigne fa- cilement, 15 —.	Lugol per os Pas de résultats.		

Ab... ♀ 28 ans. Rectile granuleuse N° 15									+	Pus au moment des selles. 4-5 selles par jour. Mauvais état général Recto. Jusqu'à 10 cm., muqueuse congestionnée et dépôt purulent.	Lugol per os	Grosse amélioration état général. Moins de pus, 2 selles par jour. Muqueuse normale.
Bar... ♀ 33 ans. N° 16	Rétrécissement 1930	+	O	1931	—	O	+		+	Sang et pus. Douleur à la défécation. Condylome génitaux. Toucher rectal. Rétrécissement au bout du doigt. Recto 20 — 15 +.	Lugol per os	Fatigue générale. Sueurs. Pas mal de sang et pus. Incontinence sphinctérienne diurne et nocturne.
Bern... ♂ 32 ans. N° 17	Rétrécissement 1929	+	O	Σ O	—	O	+		+	Constipation. Pas de douleurs. Rarement du sang. Matières non déformées. Bon état général. Ulcération non indurée. Marge anale. Sténose au bout du doigt. Fistule qui coule.	Lugol I. V. 12 injections Lugol per os 10 plus petite. Rien Lugol IV 20 injections de vue signes physiques.	Légère diminution de la suppuration ulcération. Amélioration plus petite. Rien de modifier au point de vue signes physiques.
Beur... ♀ 54 ans. N° 18	Rétrécissement								+	Maigrissement. 4 à 18 selles par jour avec glaires et peaux. Rétrécissement haut située.	Lugol I. V. 3-4 selles par jour 20 injections seulement. Amélioration générale, mais pas locale.	
Bla... ♂ 30 ans. N° 19	Rétrécissement 1927								niée	Adénite inguinale gauche suppurée 1926. Pus et sang entre les selles. Constipation. Douleurs à la défécation. Recto 20 — 15 +.	Lugol I. V. Mal supporté (iodisme). Lugol per os (me).	Résultats nuls.

Malades traités avec du Lugol

Observations	Lésions rectales		Intra-Dermo		Syphilis			Gono- réac- tion	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
	Début clinique	Dmél. cos	Frei.	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H. V.					
Bro... ♂ 51 ans. N° 20		Rétrécissement 1922		Σ O	—	O		Douleurs à la défécation. Selles étiées. Pus et sang. Canal normal 20 arrêté à 5 cm. 15 +. Pas de végétations.	Lugol per os	Disparition des douleurs du pus et du sang. Amélioration état général mais le 15 ne passe plus.	
Car... ♀ 33 ans. N° 21		Rétrécissement 1930	+	Σ O	+	O	niée	Sang et pus. 3 à 4 selles par jour. Rétrécissement en entonnoir. Le 15 — le 10 —. Muqueuse saignante blanchâtre cicatricielle.	Lugol per os Lugol 7. V. 20 injections	Diminution de la sécrétion purulente. Selles plus faciles et moins abondantes. Augmentation du poids. Disparition du sang. Selles régulières.	
Chi... ♀ 32 ans. N° 22		Rétrécissement 1923	+	O	—	O		Selles sanglantes. Constipation. Ecoulement de pus. Rétrécissement assez souple. Recto 15 —.	Lugol per os	Mal supporté. Résultats nuls.	
Des... ♂ 28 ans. N° 23		Rectile végétante 1925-1934	+	O	1924	+	O	Adénite inguinale bilatérale suppurée. Brûlures. Sang et pus. 2 condylomes. Infiltration irrégulière au T. R. Recto 20 +. Végétations multiples.	Lugol per os	Diminution du pus. Disparition douleurs locales.	

Desa... ♂ 40 ans. N° 24	Rétrécissement 1928	+	○	1920	+	+	+	+	l'ensemble. Douleurs. Selles déformées. Pus et sang. Amaigrissement. Rétrécissement au bout du doigt. Recto 15 —.	Lugol per os Pas d'amélioration locale. Amélioration état général.
Dob... ♀ 28 ans. N° 25	Rétrécissement 1929	+	○	Σ ○	—	+	○	niée	Crampes, Douleurs, Diarrhée puis constipation se terminant par débâcle diarrhéique. 5-6 selles par jour. Sang. Pus. Mauvais état général. Recto 10 +.	Lugol U. V. Amélioration de l'état 15 injections général. Pas de résultats locaux.
Don... ♂ 53 ans. Rectite végétante N° 26	1930	+	○	Σ ○	+	+	○	niée	Pas de douleurs. Faux besoins. Selles normales 3-4 fois par jour. Pus + Condylome. Au T. R. Muqueuse parquée. Recto 20 +. Erosions et pus abondant.	Lugol per os Pas de résultats.
Du... ♂ 37 ans. N° 27	Rectite hypertrophique 1930	+	○	1933	—	—	○	+	Douleurs abdominales. Diarrhée. Mucosités. Sang et pus. Muqueuse épaisse. Petites végétations dont certaines soulignées. Pigmentations en traînées au-dessus des lésions. Recto 20 +.	Lugol per os Aiguée iodique. Amélioration des phénomènes douloureux. Diminution du pus.

Malades traités avec du Lugol

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermic		Syphilis			Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
		Fréq.	Démel- coar	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H. V.					
Maz... ♂ 32 ans. N° 28	Rétrécissement 1932	+	0	1932	—	0	+	Douleurs, Sang et pus, Ulcé- rations et végétations du canal anal saignant facilement. Rec- to 20 — 15 +.	Lugol per os Lugol I. V.	Pas d'amélioration lo- cale ni générale. Légère diminution du pus.	
Mer... ♂ 40 ans. N° 29	Rétrécissement							Pus et envies fréquentes. Constipation, Sang, Muqueuse finement granuleuse, Recto 20 —. Pus assez abondant.	Lugol IV 18 injections	Disparition du spas- me. Aucune sécrétion pu- rulente.	
Mer... ♂ 39 ans. N° 30	Rectite hypertrophique	+		1929	—	0	+	Selles douloureuses, Pus et sang. Ulcérations de la mu- queuse.	Lugol I. V.	Sans résultats.	
Mou... ♂ 39 ans. N° 31	Rectite végétante							Douleurs défécation, Pus, Sang, 2-3 selles par jour. Végéta- tions entre la racine des bourses et l'anus, Paroi in- filtrée, Recto 20 +, Muqueuse assez friable.	Lugol I. V.	Moins de pus. Pas d'autres modifi- cations.	
Mou... ♀ 50 ans. N° 32	Rétrécissement 1925	dout.	0	?	+	+	née	Envies très fréquentes, Sang, Pus et douleurs, Condylome. Rétrécissement bas étendu qui se prolonge jusqu'à 10 cm.	Lugol I. V.	Moins d'envies. Moins de pus et sang.	

Qui... ♀ 12 ans. N° 33	Rétrécissement 1926	+	0	here.	+	+	0	Adénite inguinale supprimée 1924. Sang. Douleur défécation, Constipation, Paroi infiltrée.	Lugol I. V. Amélioration, Signes généraux et fonctionnels.
Rog... ♂ 32 ans. N° 34	Rectite végétante			Σ 0		+		Douleurs, Sang. Pus. Végétations saignant peu.	Lugol per os Pas d'amélioration.
Rou... ♀ 26 ans. N° 35	Rétrécissement	+	0				0	Sang. Pus. Envies fréquentes. Amaigrissement, Recto 15 +.	Lugol per os Amélioration état général. Envies moins fréquentes.
Scho... ♂ 35 ans. N° 36	Rectite ulcéreuse dout.		0				0	Brûlures à la défécation, Pus et sang. Condylome T.R. douloureux. Ulcérations.	Lugol per os Pas de résultat.
Ves... ♂ 46 ans. N° 37	Rétrécissement 1914	+	0	1914	—	—	0	Douleurs à la défécation, Sang. Pus. Envies très fréquentes. Ulcérations de la muqueuse, Recto 20 — 15 +.	Lugol I. V. Légère amélioration. Moins de pus. Lugol per os
Vir... ♀ 23 ans. N° 38	Rectite végétante dout.		0	—		+		Brûlures à la défécation, Pus et sang. Condylome, Muqueuse infiltrée, Recto 20 +.	Lugol per os Légère amélioration.
Hof... ♂ 35 ans. N° 39	Rectite ulcéreuse 1933	+	0	Σ 0	—	—	0	Sang. Pus. Douleurs, Infiltration ano-rectale de 4 à 8 cm. Ulcérations profondes en avant à 4 cm. Ulcérations dissimulées de la muqueuse.	Lugol I. V. Restitutio ad integrum. 3 séries

Malades traités avec du Lugol

— 68 —

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Derm.		Syphilis			Gonosomie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei	Dmél con	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H.					V.
Bre... ♂ N° 40	Rectile végétante 1931	+	0	1907	—	—	0	+	Sang, pus et constipation. Rectile végétante de 9 à 8 cm. Adénite inguinale supprimée à gauche.	Lugol I, V. 5 séries Lugol per os	Disparition de végétations qui étaient de la grosseur d'un pois à celui d'une cerise. Aucun trouble fonctionnel.
Tou... ♀ N° 89	Rétrécissement tubulaire 1925	+	0	Σ 0				+	Evolution fébrile oscillant entre 38° et 38°5 depuis six semaines. Amaigrissement anorexie. Malade alité.	Lugol I, V. 2 séries Lugol per os	Disparition état fébrile. Augmentation de 3 kilos. Amélioration état général.
Thi... ♂ N° 41	Anite ulcéreuse	+	Σ 0	Σ ?				+	Abcès marge anale. Adénite inguinale droite fistulisée. Evolution fébrile entre 38°-39°.	Lugol I, V. 18 injections	Chute progressive de la température et amélioration nette de l'état général.
Mar... ♂ 42 ans. N° 42	Rectile érosive 1926	+	+	1922	+	+	+	+	Diarrhée, Hémorragies rectales, Glaires, Coliques, Fausses envies, Sang et pus, Muqueuse recouverte de pus.	Lugol I, V. 15 injections Lugol per os	Restitutio ad integrum.

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Cono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei.	Dmel. cos	Début clini- que	Sérologie							
					Bw.	H.						V.
Var... ♂ 44 ans. N° 43	Rétrécissement 1929	+	○	1910	—	—	○	+	Tenesmes. Douleurs rectales. Pus et Sang. Rétrécissement fibreux élastique arrêtant le 20.. Muqueuse presque nor- male.	Salicylate I.V. Légère diminution du 20 injections pus.		
Mal... ♂ 29 ans. N° 44	Rétrécissement 1933	+	○	1929	—	—	○	+	Faux besoins, 10 selles par jour. Pus et sang. Alternati- ves de diarrhée et constipa- tion. Canal anal souple en en- semble, mais grosse infiltra- tion en avant.	Salicylate de Soude 13 injections	Action favorable. Sel- les normales. Moins de pus.	
Les... ♂ 29 ans. N° 45	Rectite œdémateuse 1933	+	○	1922	—	—	○	+	Constipation. Envies fréquen- tes d'aller à la selle. Sang et pus. T. R. douloureux. Prolifé- ration, surtout sur f. ant. gros bourgeon. Erosion ulcé- reuse.	Salicylate de Soude I.V. 6 injections	Mal supportées.	

Malades traités avec du Salicylate de Soude

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Gono- récac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei.	Dmél- cos	Début clini- que	Sérologie							
					Bw.	H.						V.
Mol... ♂ 36 ans. N° 46	Rectile granuleuse 1928	O		—	—	—	O	+	Très constipé. Pus et sang. Infiltration irrégulière. Par- quetage du rectum.	Salicylate de Soude I.V.	Pas d'amélioration.	
Zos... ♀ 33 ans. N° 47	Rétrécissement 1928	+	O	Σ O	—	—		niée	Difficulté d'aller à la selle. Sang et pus très abondant. Amaigrissement. Recto 15 +. Rétrécissement assez large au 6 bout du doigt.	Salicylate de Soude per os	Amélioration fonction- nelle. Diminution du pus.	
Sch... ♂ 28 ans. N° 48	Rectile hyperplasique 1933	+	O	1926	—	—	+	+	Fausse envies. 2-3 selles par jour très douloureuses. Sang et pus. Toucher douloureux. Végétations. Infiltration canal anal. Recto 20 +.	Salicylate de Soude IV 15 injections sang.	Amélioration générale. Moins de pus. Pas de	
Soy... ♂ 28 ans. N° 49	Rectile ulcéreuse 1933	+	O	Σ O	+	+	+	+	Démangeaisons et brûlures. Selles purulentes et sanglan- tes. Diarrhée et constipation. Tranchées postérieures ulcé- rées avec bords durs. Infiltra- tion muqueuse à gauche.	Salicylate de Soude 9 injections	Aucune modification fonctionnelle. Disparition des idou- leurs et du suinte- ment.	

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Gono- téac- tion	Sode- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
		Frei.	Dmcl- cos	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H. V.					
Bai... ♂ 36 ans. N° 50	Rétrécissement 1920	++	++	Σ 0	+	+	+	+	Constipation. Selles avec pus. Marge anale infiltrée. Toucher arrêté par rétrécissement. Recto 20 — 15 — 10 +.	Lugol I. V. Salicylate de Soude IV 30 injections	Nul. Nul.
Beu... ♀ 81 ans. N° 51	Rétrécissement 1923	++	0	1909	—	—	+	+	Pus et glaires en dehors des selles. Amaigrissement. Tou- cher. Muqueuse normale sans infiltration. Recto 20— 15— 10 +.	Lugol T. V. Lugol per os	Diminution écoule- ments. Selles plus fa- ciles.
Dou... ♂ N° 52	Rectite végétante	++			+	+	+	+	Gros condylome à 9 h. Canal mamelonné. Constipation. Pus et sang. Recto 20 + jusqu'à 6 cm.	Salicylate de Soude 20 injections	Amélioration locale et générale.
Jou... ♂ 39 ans. N° 58	Rectite érosive 1916-1927	++	0	1930	+	+	+	+	Fistule à 5 h. Orifice anal déformé. Muqueuse érodée épaissie. Pus et sang. Dou- leurs.	Lugol per os Lugol T. V. 15 injections Salicylate de Soude	Poids augmenté. Pas d'action locale. Érosions disparues. Condylome diminué de volume. Pas d'action objective. Diminution écoule- ment. Pas d'amélioration.

Malades traités avec du Lugol et Sâlycilate de Soude

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis		Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei	Dmél cos	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.						H. V.
Mou... ♂ 62 ans. N° 54	Rétrécissement 1929			?	—		+	Constipation. Sécrétions puru- lentes. Sang. Douleurs défé- cation. Recto 20 — 15 — 10 +.	Lugol per os Salicylate de Soude 20 injections	Selles plus faciles. Moins de pus. Amélio- ation locale. Etat stationnaire.	
Pap... ♂ 20 ans. N° 55	Rectite hyperplasique 1929	+	0	1929	—	0	+	Douleurs pénibles. Sang. Glai- res. T. R. douloureux. Muqueuse bosselée et indurée. Recto 20 +. Plaies saignantes re- couvertes de pus.	Lugol per os Salicylate de Soude 15 injections	Légère amélioration Reprise du poids. Meil- leur état général. Ac- tion nette sur les douleurs.	
Sau... ♂ 39 ans. N° 56	Rétrécissement 1931	++	0	Σ 0	—	+	née	Brûlures. Sang et pus. Ré- trécissement accessible infiltré douloureux. Ulcérations au toucher. Recto 20 +.	Lugol per os Nul.	Disparition douleurs à la défécation.	
Mar... ♂ 38 ans. Rectite végétante N° 57		+	0	1932	—		+	Constipation. Pus et sang. Douleurs à la défécation. Grosse ano-rectite sous-sténo- se. Plaques de muqueuse rouge.	Salicylate de Soude IV 15 injections Lugol IV Lugol per os Salicylate de Soude 15 injections	Mal supporté. Arrêté. Amélioration légère. Moins de pus et sang. Diminution des phéno- mènes objectifs.	

Malades traités avec Antimonio-Thiomalate de lithium

Observations	Lésions rectales		Intra-Dermo		Syphilis		Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
	Début clinique	Frei.	Dm- cos	Début clini- que	Sérologie						
					Bw	H					
Ber... ♂ 58 ans. N° 58	Rectite	+	+				O		Pus et sang. 2 selles par jour. Marge anale normale. Infiltration fissuroides douloureuse. Ulcération post. Recto 20 +. Muqueuse érodée avec épaississement irrégulier	Anti-thi-lit.	Sécrétion purulente identique. Fissure postérieure cicatrisée.
Big... ♂ 36 ans. N° 59	Ante végétante Fistules nombr. 1932	+	+	LO	-	-	+	née	Suppuration en masse. Végéta- tions mamelonnées à l'en- trée du canal anal. Toucher très douloureux. Recto. Supp. assez abondante.	Anti-thi-lit. 20 injections	Amélioration subjective. Etat général. Appétit augmenté. Reprise 2 kg. Légère amélioration sur la suppuration rectale.
Cam... ♂ 28 ans. N° 60	Rétrécissement 1932	+	O	1931			O	+	Constipation. Pus et sang. Fistule marge anale. Granu- lations de la muqueuse. Rétrécissement fibreux. Recto. Muqueuse érodée saignant facilement. Pus abondant 15 +.	Anti-thi-lit. 23 injections	Légères algies. Dimi- nution nette des ma- nifestations et de la suppuration au mo- ment des garde-robes. Reprise du poids. Au- cune modification si- gnes physiques.

Malades traités avec Antimonio-Thiomalate de Lithium

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis				Gono- réac- tion	Sodol- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
		Frei.	Dmel- cos	Début clini- que	Sérologie							
					Bw.	H.	V.					
Des... ♂ 41 ans. N° 61	Rectite érosive	+	0	1926	—	—	0	+	Rétrécissement inflammatoire opéré. Résection intra-spinciter et anus iliaque. Rétrécicicatriciel post-opératoire. Rectite érosive. Pus et sang. Envies fréquentes. Pus et sang.	Anti-thi-lit.	Amélioration nette de l'état général. Dimi-nution des sécrétions. Pas de modification locale.	
Her... ♂ 36 ans. N° 62	Rétrécissement 1933	+	+	Σ 0	+	—	+	+	Douleurs défécation. Sang et pus. Envies fréquentes. Quel-ques indurations linaires fi-nes. Toucher douloureux 20 — 15 +.	Anti-thi-lit. 17 injections	Diminution des dou-leurs et du pus. Pas de modification locale.	
Lau... ♂ 55 ans. N° 63	Rectite infiltrante 1925	+	+	1906					Envies fréquentes. Pus et sang. Asthénie, Selles abondantes et douloureuses. Condylome T.R. très douloureux et granula-tions. Recto 20 +.	Anti-thi-lit. 15 injections	Amélioration état gé-néral. Diminution du pus. Reprise du poids.	
Leg... ♂ 56 ans. N° 64	Rétrécissement 1934	+	0	1906	—	+	0	+	Constipation. Sang et pus. Condylome dont la base pé-nètre dans l'anus. Rétrécis-sement très serré.	Anti-thi-lit. 20 injections	Reprise poids. Amé-lioration subjective. Si-gnes physiques pas changés.	

Man... ♂ 30 ans. N° 65	Rétrécissement 1930	+	0	1928	—	+	+	Ecoulements abondants de sang et pus. Faux besoins. Douleurs continues. Fatigue générale. Amaigrissement de 4 kg. Ulcérations de la muqueuse.	Anti-thi-lit. Nuls. 20 injections
Mar... ♂ 42 ans. N° 66	Rectite granuleuse 1926	+	+	1922	+	+	+	Diarrhée. Hémorragies rectales. Glaires. Coliques. Fausses envies. Sang et pus. Collite érosive. Muqueuse recouverte de mucosités.	Anti-thi-lit. Disparition complète des signes fonctionnels.
Mart... 2 27 ans. N° 67	Rétrécissement	+	0	—	—	0	+	Constipation opiniâtre. Pus et sang. Douleurs très vives. Selles diminuées de volume. Muqueuse souple. Recto 20 arrêté à 5 cm. 15 +. Pas d'ulcérations ni érosions.	Anti-thi-lit. Action favorable sur l'état local du rectum. Diminution du pus.
Sch... ♂ 56 ans. N° 68	Rectite infiltrée 1932	+	0	Σ 0	—	—	+	Brûlures en allant à la selle. Pus. Sang. Epreintes. Condylome T.R. douloureux. Pas de rétrécissement. Ulcérations à 12 cm.	Anti-thi-lit. Diminution pus. Bon état général. Stabilisation des lésions, mais pas d'amélioration objective.

Malades traités avec du Lugol et Antimonio-Thiomalate de Lithium

Observations	Lésions rectales		Intra-Dermic		Syphilis			Gono-réac-tion	Sodo-mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
	Début clinique	Frei.	Dmél-cos	Début clinique	Sérologie							
					Bw.	H. V.						
Bla... ♂ 50 ans. N° 69	Rectite végétante 1932	++	+	1922	-	+	+	+	Pus et sang. Fatigue. Amaigrissement 20 kg. Bourgeons congestifs jusqu'à 13 cm. Recto 20 +.	Lugol per os Lugol T. V. Anti-thi-lit.	Action pas très nette. Légère diminution du pus. Diminution du pus.	
Bou... ♂ 46 ans. N° 70	Rectite végétante 1933	+	0	1908	-	+	+	née	Douleurs. 2 selles par jour avec pus et sang. 2 condylomes à 9 h. et à 3 h. T.R. Végétations sur la paroi postérieure. Infiltration cylindrique de la face post. Recto 20 +.	Lugol per os Anti-thi-lit. 20 injections	Poids augmenté de 1 kg. 1/2. Flétrissement des condylomes. Diminution du sang et pus.	
Ber... ♀ 23 ans. N° 71	Rétrécissement 1932	+	0	Σ 0	-	-	0	née	Envies très fréquentes. 15 à 20 selles par jour. T.R. Canal assez souple. Recto 15 arrêté à 5 cm. Muqueuse rouge non érodée saignant facilement.	Lugol per os Anti-thi-lit. 20 injections	Pas d'amélioration. Rétrécissement fibreux et large le 20 +. Muqueuse saignant facilement. Moins d'envies.	
Cay... ♀ 43 ans. N° 72	Rétrécissement 1928	+	0	1925	-	0	-	née	Ulcération ovulaire de la marge anale avec bords saillants et excisés. Rétrécissement fibreux pas très végétant ni saignant. Pus. 7 à 8 selles par jour.	Lugol T. V. Anti-thi-lit. 19 injections	Disparition du pus. Augmentation du poids. Diminution des selles. Diminution de la suppuration mais accentuation du rétrécissement.	

Leg... ♂ 37 ans. N° 73	Rétrécissement 1928	+	○	1928	○	+	+	Matières rubanées. Sang. Pus. Douleurs dans le bas-ventre. Evacuation pénible. Marge anale. Infiltration irrégulière. Recto 20 arrêté à 6.15, à 8.10, à 10. Muqueuse rouge. Petites ulcérations.	Lugol per os Anti-thi-li. 20 injections	Diminution des suppu- rations. Disparition des coli- ques. Reprise du poids. Pas d'amélioration lo- cale objective.
Maj... ♀ 31 ans. N° 74	Rétrécissement 1928	+	○	1927	○	○	+	Constipation douleurs au mo- ment des selles. Glaires. Sang. Selles lamineuses. Pus et sang. Condylome. Recto 10 —. Ca- nal très infiltré au bout du doigt.	Lugol per os Anti-thi-li. 20 injections	Pas d'amélioration. Pas d'action locale. Reprise du poids.
Pie... ♀ 34 ans. N° 75	Rétrécissement 1930	+	○	1929	—	○	+	Douleurs défécation. Douleur après sang et pus. Marge anale normale. Rétrécissement au bout du doigt. 20 arrêté à 4 cm. 15 +. Ampoule rectale normale. Muqueuse rouge, pla- ques érodées.	Lugol per os Anti-thi-li. Rhumatisme stibié.	Amélioration de la douleur et diminution é-coulement.
Pie... ♀ 51 ans. N° 76	Rétrécissement 1913	+	+	1910	—	○	+	Pus et sang dans les selles. Canal granuleux avec végétations. Rétrécissement coiffant l'index. Recto 20 — 15 +. Muqueuse érodée.	Lugol I V. Anti-thi-li.	Pas d'action. Algies intenses. Légère diminution du pus.

Malades traités avec du Lugol et Antimonio-Thiomalate de Lithium

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Cono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats	
		Frei.	Dmél- cos	Début clini- que	Sérologie							
					Bw.	H.						V.
Poi... ♂ 42 ans. N° 77	Rétrécissement 1928	+	+	1912	—	+	—	+	Envies fréquentes. Défecation douloureuse. Pus et sang. Muqueuse avec granulations. Recto 20 — 15 +. Pas d'ul- cération.	Lugol per os Anti-thi-lit.	Amélioration état gé- néral. Pas d'action lo- cale. Reprise du poids. Diminution du pus.	
Sou... ♂ 40 ans. N° 78	Rétrécissement 1930	+	0	1924	—	0	0	+	Constipation opiniâtre. Selles difformes. Pus et sang. Recto 20 +. Au niveau, rétrécisse- ment. Muqueuse cicatricielle blanchâtre et saignante.	Lugol per os Anti-thi-lit.	Pas d'amélioration lo- cale ni générale. Reprise du poids. Pas d'amélioration objec- tive.	
Cha... ♂ 43 ans. Rectite papuleuse N° 79	1933	+	0	20	—	—	0	+	Envies fréquentes. Ecoulement purulent jaune verdâtre. Hé- morrhagie peu abondante après selles. Muqueuse érodée plus ou moins profondément.	Lugol per os Anti-thi-lit.	Pas d'action locale ni générale. Reprise du poids. Di- minution du pus. Pa- pules beaucoup moins saillantes et moins érodées.	
Col... ♂ 38 ans. N° 89	Rétrécissement 1923	+	0	1926	+	+	0	+	Faux besoins. Pus. Sang. Constipation. Muqueuse oedé- mateuse parquettée.	Lugol per os Anti-thi lit.	Mal supporté diarrhée. Aucune amélioration fonctionnelle.	

Observations	Intra-Dermol			Syphilis			Gono-réac-tion	Sodo-mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats		
	Lésions rectales	Début clinique	Frei.	Dmcl-cos	Début clinique	Sérologie							
						Bw.						H.	V
Bar... ♀ 23 ans. N° 81	Rétrécissement 1930		+	0	1931	—	+	+	Grosse constipation, Selles déformées, Sang à la fin des selles, Œdème grande lèvre droite, Toucher R. Doigt arrêté à 3 cm, Muqueuse par-cheminée, Recto, Couronne de papillite, Le 10 —.	Salicylate de Soude IV 15 injections Anti-thi-lit. 8 injections	Nul. Légère amélioration. Les lésions évoluent.		
Bor... ♂ 37 ans. 1931 N° 82	Rétrécissement 1930		++	0	1927	—	0	+	Difficulté défécation, Pus et sang, Granulations très fines de la muqueuse, Recto 20 +. Végétations molles.	Lugol per os (Salicylate de Soude Nul. 15 injections Anti-thi-lit. 15 injections	Mal supporté (iodisme). Diminution sécrétions purulentes. Inchangée locale		
Col... ♂ 38 ans. 1930 N° 83	Rétrécissement 1928		++	0	1926	+	+	+	Constipation, Pus et sang dans les selles, Rheumatisme généralisé, Muqueuse granuleuse, Recto 20 +.	Lugol IV Salicylate de Soude per os Anti-thi-lit. 12 injections	Amalgissement. Pas d'action locale. Selles plus faciles. Pas d'action sur le pus. Zona cervicale à la 12 ^e injections. Algies. Diminution du pus.		

Observations	Lésions rectales Début clinique	Intra-Dermo		Syphilis			Gono- réac- tion	Sodo- mie	Signes physiques fonctionnels et généraux	Traitement	Résultats
		Frei.	Dmel- cos	Début clini- que	Sérologie						
					Bw.	H V.					
Gar... ♂ 30 ans, N° 84	Rectite hypertrophique	++	+	—	—	—	—	—	Infiltration surtout à droite. Saillie des plies radiées T.R. Jusqu'au bout du doigt infl. épaissi, irrégulier. Recto 20+ Pus. Sang. Douleurs à la dé- fécation.	Lugol I, V. Salicylate de Soude 11 injections Anti-thi-lit. 20 injections	Pas de résultats.
Kle... ♂ 36 ans, N° 85	Rectite hypertrophique 1931	++	O	NO	—	4	O	+	Pertes de sang et pus. Am- poule rectale mamelonnée, ar- régulièrement recouverte de pus, surtout face antérieure. Constipation. Douleurs à la défécation.	Lugol I, V. Pas d'amélioration. Salicylate Légère amélioration de Soude IV locale. 15 injections Amélioration objective. Anti-thi-lit. nette. Pus moins abon- dant.	
Roi... ♂ 36 ans, N° 86	Rectite hyperplasique 1932	++	O	1928	+	O	+	+	Sang et pus. Douleurs quand le malade est assis. Constipa- tion alternant avec diarrhée. Selles déformées, Condylome T.R. Sphincter hypertonique. Muqueuse épaissie par place. Recto 20 +. Ulcération gra- nuleuse.	Lugol per os Lugol V. Aucune action. Salicylate Reprise du poids. Lé- gère amélioration lo- cale. Anti-thi-lit. Pas d'action.	

Zem... ♀ 42 ans. N° 87	Rétrécissement 1930	+	O	Σ O	O	niée Constipation. Envies fréquen- tes. Douleurs. Sang et pus. Muqueuse granuleuse. Recto 20 — 15 +.	Lugol per os Salicylate de Soude Anti tuberc. Moins de sang.	os Diminution pus. Sans action. Reprise du poids. Moins de sang.
Lek... ♀ 26 ans. N° 88	Rétrécissement 1930		O	1340 --	O	Matières diminuées de vol. Pus et sang. Rectum souple. Infiltration au bout du doigt. Recto 20 — 15 — 10 +. Muqueuse rouge peu suppu- rante. Petites ulcérations.	Lugol per os Anti tub. lit. 20 injections Salicylate de Soude	Fatigue générale. Di- minution suppuration. Pas d'amélioration ob- jective. Action très favorable. Reprise du poids et appétit.

CONCLUSIONS

A la suite des travaux de Fournier, il était classique d'admettre que les rectites sténosantes étaient d'étiologie syphilitique. Cette théorie était basée sur des arguments d'ordre cliniques, thérapeutiques et surtout anatomo-pathologiques. Or, ceux-ci paraissent actuellement ne pouvoir résister à une critique serrée et il apparaît nettement que si la syphilis est fréquente chez ces malades, elle ne saurait être admise comme étant la cause de ces affections rectales.

Les mêmes conclusions s'imposent en ce qui concerne d'autres infections qui ont été tour à tour invoquées.

A la lumière des travaux modernes, les rectites hypertrophiantes et sténosantes semblent être dues dans la majorité des cas à l'infection par l'ultravirus lymphogranulomateux, dont la réaction de Frei est le témoin fidèle et spécifique.

Toutefois, dans une proportion minime de cas, ces syndromes paraissent relever d'autres étiologies dont la nature exacte est souvent difficile à déterminer.

L'exégèse chirurgicale des rétrécissements est à rejeter formellement en raison des récidives quasi-fatales qui font suite à ces interventions.

Seule, la colostomie pourra être indiquée dans les cas où la sténose rectale est très marquée et où la dilatation est devenue impossible.

La dilatation diathermique régulièrement pratiquée apparaît susceptible en effet, d'entretenir pendant très longtemps, dans la majorité des cas une perméabilité rectale suffisante.

Le traitement local par des lavements, contenant des solutions antiseptiques (solution de Lugol, bleu de méthylène, solution de Ziehl) a une action favorable qu'on ne saurait négliger.

La chimiothérapie générale par le salicylate de soude, la solution de Lugol, les sels d'antimoine, est susceptible d'entraîner la guérison complète dans un nombre minime de cas (rectites). Toutefois dans la majorité des cas elles procurent aux malades une amélioration fonctionnelle et générale indiscutable.

Employées alternativement chez le même malade et associées au traitement local par des lavements antiseptiques et à la dilatation diathermique, elles semblent déterminer à la longue une stabilisation des lésions qui constitue déjà un réel progrès sur les thérapeutiques anciennement employées, dont l'inefficacité avait valu aux rectites sténosantes un pronostic si sombre.

Vu : Le Doyen :

G. ROUSSY

Vu : Le Président de la Thèse :

CARNOT..

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. FOURNIER. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Syphilome ano-rectal. Rétrécissement syphilitique du rectum. Clinique de Lourcine Leçon; professée par A. Fournier, 1875, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.
- RAVAUT et BORD. — L'anite chancrelleuse. Les chancres mous de l'anus et du canal anal. *Presse médicale*, mai 1909, p. 12.
- CARNOT, FRIEDEL et FROUSSARD. — Polypose recto-sigmoïde guérie par les pansements locaux au chlorure de magnésium. *Paris Médical*, juin 1919.
- BARTÉLÉMY. — Blennorragie ano-rectale, *Gazette des Hôpitaux*, le 8 mai 1920, page 564.
- JERSILD. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal de Fournier. *Annales Dermatol.*, 1920, p. 62, 1921, p. 433.
- LÉVY-WEISSMANN. — La blennorragie ano-rectale, *Journal d'Urologie*, p. 13, 31, t. XV, 1923.
- DOLBEY et FAHMY. — *Huit cas de rectite proliférante et sténosante par bilharziose*. Londres, 8 mai 1924, CCVI.
- GAUTHIER et JAUBERT. — Un cas de rectite gonococcique proliférante et sténosante. Disparition de l'écoulement purulent et des gonocoques sous l'influence de la vaccination. *Journal d'Urologie*, t. XVIII, 1924.
- M. LOUSTE. — Rectite et rétrécissement du rectum. Société franç. Dermat. et Syphil., 18 mars 1924.
- ABADIE (Oran). — Traitement des rétrécissements du rectum. Comm. au XXXIV^e Congrès de Chirurgie, octobre 1925.

- FREI. — Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranuloma inguinalis. *Klin. Wochen.*, 1925, p. 2148.
- JESSEN. — Les rétrécissements tuberculeux du rectum. *Much. med. Wochen.*, t. LXXII, 1925, p. 553-554.
- R. SAVIGNAC. — A propos des rectites chroniques hypertrophiques et sténosantes. Leur étiologie, rôle de la syphilis. Leur traitement. Société Gastro-Entérol., Paris, 9 février 1925.
- DESMARETS et SAVIGNAC. — Sténose du rectum d'origine amibienne. *Archives maladies digestives*, 1927, p. 547-552.
- FREI. — Beitrage zur Spezifität der lymphogranuloma inguinalis-reaktion, *Klinisch Wochen.*, 1927, t. II, p. 2042.
- HELLERSTROM. — Intradermo-réaction dans la lymphogranulomatose inguinale. *Comptes rendus Société Biolog.*, août 1927.
- MILAN KITCHEVATZ. — Une réaction allergique dans la maladie de Nicolas Favre. *Bull. Soc. de dermat. et syphil.*, 1927, p. 874.
- MILIAN et DELARUE. — Eléphantiasis vulgaire. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 1927, p. 396-398.
- F. MOUTIER. — Traitement de la rectite hypertrophique sténosante et fistuleuse par l'éther benzyl, cinnamique. *Archives maladies appareil digestif*, 1927, p. 1155-1157.
- PARCELIER. — Quelques réflexions sur le traitement des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. *Gazette hebd. Sciences médicales*, Bordeaux, septembre 1927, p. 613-617.
- FREI et Alice KOPPEL. — *Ulcus vulvæ chron. éléphantiasiticum (Esthiomen) und sogenantes syphilome ano-rectal als Folgeerscheinungen der lymphagranulomatosis inguinalis*. *Klin. Wochen.*, 1928, n° 49, p. 1920.
- MILAN KITCHEVATZ. — La spécificité des réactions allergiques dans la maladie de Nicolas Favre, *Bull. de la Société Française de dermatol. et syphil.*, 1928, p. 53.
- VIGNAL. — La diathermothérapie des rétrécissements inflammatoires et cicatriciels du rectum. Société de Chirurgia, Paris, 6 janvier 1928.

- NICOLAS FAVRE et LEBEUF. — Les recherches biologiques ont-elles éclairé l'étiologie de la maladie de Nicolas Favre ? *Journal de Méd. de Lyon*, t. X, n° 225, 20 mai 1929.
- BENSAUDE, GODARD et MÉAZARD. — Quelques cas de syphilis rectale sans rétrécissement (*Arch. Mal. Digestives*, 1930, p. 458-466).
- BENSAUDE, MÉZARD et GODARD. — Rétrécissement rectal et syphilis. Société gastro-entéro de Paris, séance du 10 mars 1930. *Archiv. maladies appareil digestif* 1930, p. 466-470.
- GOUGEROT. — Les syndrômes recto-ano-génitaux éléphantiasiques ulcéreux et fistuleux. Multiplicité des fomes cliniques. Multiplicité des causes et fréquence des tuberculoses et nocardoses. *Journal des Praticiens*, 6 décembre 1930, n° 49, p. 801.
- BENSAUDE et LAMBLING. — Le rôle de la maladie de Nicolas Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de 21 cas par l'intradermo-réaction de Frei.
- F. FEDELI. — Sur un cas de proctite granulomateuse causée par des résidus végétaux. *Archives Italiona di chir.*, vol. XXVIII, 1931, p. 175-195.
- A. HARTMANN. — *Chirurgie du rect.* Un volume édité chez Masson, 1931, Paris.
- NICOLAS FAVRE, LEBEUF et WEIGERT. — Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique : localisation aberrante de la maladie de Nicolas Favre. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1931, p. 120-13.
- NICOLAS FAVRE, MASSIAT et LEBEUF. — Rétrécissement anorectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale. *Journal Méd. de Lyon*, 1931, p. 303.
- SAVIGNAC. — De quelques formes de la tuberculose ano-rectale. *Arch. maladies appareil digestif*, 1931, p. 1037-1102.
- BENSAUDE et LAMBLING. — Maladie de Nicolas Favre et lésions ano-rectales. *Paris Médical*, 1932, p. 361, n° 18, 30 avril.
- L. BICKEL et ABRAHAM. — Sur la fréquence et la signification de la blennorragie rectale de la femme. *Zent. fur. Gyn.*, t. LVI, 1932, p. 200.

- P. CHEVALIER et J. BERNARD. — Réactions de Frei négatives au cours de paradénites inguinales certaines. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1932, p. 769, 772.
- CHEVALLIER, MORICARD et LÉVY BRUHL. — Réactions de Frei extrêmement positive chez un homme atteint de splénomégalie primitive cryptogénétique. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1932, p. 105-106.
- ORSILD. — Rétrécissements rectaux (à propos du procès-verbal). *Bull. Société dermat. et syphil.*, 1932, p. 1303-1309.
- AEDEKICH, LEVADITI, MAMON et BEAUCHESNE. — Rétrécissement inflammatoire du rectum, forme aberrante de la maladie de Nicolas Favre. Inoculation au singe positive. *Bull. et Mémoires de la Société Méd.*, Hôp. Paris, 24 juin 1932, n° 23.
- LANGER et ENGEL. — Etude de la lymphogranulomatose inguinale à localisation rectale. *Munch. Med. Wichen.*, t. LXXIX, 26 février 1932.
- A. MAISLER. — *Les injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux au cours de la maladie de Nicolas Favre*, Thèse de Paris, 1932.
- NICOLAS FAVRE et CHARPY. — Nouveau cas d'anergie à l'antigène lymphogranulomateux dans une association de maladie de Nicolas Favre et de syphilis. *Bull. Soc. Française dermat. et syphil.*, 1932, p. 21.
- NICOLAS FAVRE et LEBEUD, CHARPY. — Deux cas de rétrécissement du rectum avec réaction de Frei négative. *Bull. Soc. dermat. et syph.*, 1932, p. 470.
- PINARD et FIEHRER. — Rétrécissement du rectum avec éléphantiasis vulvaire chez une ancienne syphilitique. Frei positif. *Bull. Soc. dermat. et syphil.*, 1932, p. 1628-1629.
- P. RAVAUT et R. CACHERA. — Les acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas Favre. *Paris Médical*, p. 495-501, n° 23, 4 juin 1932.
- P. RAVAUT et CACHERA. — Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas Favre. *Annales dermat. et syphil.*, t. III, n° 2, février 1932, p. 107, 154, 214 et 243.

- RAVAUT, LEVADITI et MAISLER. — La valeur diagnostique et thérapeutique des injections intraveineuses du virus de la maladie de Nicolas Favre d'origine simienne. *Bull. Société dermat. et syphil.*, 1932, p. 1262-1266.
- RAVAUT, LEVADITI, LAMBLING et CACHERA. — La présence du virus de la maladie de Nicolas Favre dans les lésions d'un malade atteint d'une rectite ulcéro-végétante. *Bull. Académique Méd.*, séance du 19 janvier 1932, t. CVII, n° 3, p. 98.
- SÉNÈQUE. — Maladie de Nicolas Favre et rétrécissement du rectum. *Presse médicale*, 1932, p. 22-24.
- SEZARY et LENÈGRE. — Le diagnostic de la maladie de Nicolas Favre et l'intradermo-réaction de Frei. *Presse médicale*, 1932, p. 1893-1895.
- E. VIZCARRONDO. — *La réaction de Frei et les adénopathies inguinales dans les sténoses rectales*, thèse doctorat, 1932, Caracas, Vénézuéla.
- BENSAUDE, HAMBURGER et LAMBLING. — Abscès de la marge de l'anus d'origine lymphogranulomateuse. Société gastro-entéro, Paris, 1935.
- BENSAUDE. — L'actinomycose ano-rectale primitive. *Presse médicale*, 1933, p. 371.
- CHEVALLIER et FIEHERER. — Sur le traitement de la maladie de Nicolas Favre par le salicylate de soude. *Bull. Soc. dermatol. et syphil.*, 1933, p. 1502-1747.
- DIMITRIU et STOIA. — Les rectites infiltratives, Masson, éditeur, 1933.
- H. GOUGEROT. — Réponse à la communication de M. le professeur Jersild. Soc. dermat. et syphil., séance du 8 février 1933.
- O. JERSILD. — Syphilome ano-rectal. Syndrome éléphantiasique fistuleux ulcéreux. Réponse définitive à M. Gougerot. Soc. dermat. et syphil., séance du 9 février 1933. *Bull. Soc. française dermat. et syphil.*, 1933, p. 201-202.
- MOCQUOT et GRIEYSSE. — Rectite ulcéreuse et sténosante. *Bull. et Mémoires Société Nat. Chir.*, n° 26, 22 juillet 1933.

- E. RADU et N. BARBILIAN. — Stricturile rectale inflamatori si maladia lui Nicolas Favre. *Rev. medico chirurgicala a Soc. medici si naturalis Iassi*, n° 1, 1933.
- SÉNÈQUE. — Rectites inflammatoires et sténoses rectales. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1933, p. 1233-1240.
- TOURAINE et AUBRUN. — Maladie de Nicolas Favre et salicylate de soude. *Bull. soc. dermat. et syphil.*, 1933, p. 1651.
- VANHAECHE. — Fréquence de la rectite blennorragique chez les prostituées. *Soc. méd. du Nord*, juillet 1933.
- DEL VIVO. — A propos des rapports entre les syndrômes génito-ano-rectaux et la maladie de Nicolas Favre. *Giornale Italiana di dermat. et sifil.*, t. LXXIV, p. 735, juin 1933.
- GATÉ, RICARD, HUILLERET et FRÉIDEL. — Maladie de Nicolas Favre ano-rectale. Insuccès du salicylate de soude. Réactions déterminées par les injections intraveineuses d'antigène. *Bull. soc. française dermat. et syphil.*, 1934, p. 345-347.
- NICOLAU. — Lésions cutanées lymphogranulomateuses chez une femme atteinte de syndrome éléphantiasique vulvo-ano-rectal. *Annales de dermat. et syphil.*, 1934, p. I, 21.
- SÉZARY et FACQUET. — Traitement de la maladie de Nicolas Favre par un sel d'antimoine trivalent injectable dans les muscles. *Bull. Société dermat. et syphil.*, 1934, p. 696-699.
- GATELLIER et WEISS. — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. Rapport au 43^e Congrès français de chirurgie, séance du 8 octobre 1934.
- André LAMBLING. — Syphilome ano-rectal de Fournier et lymphogranulomatose rectale. *Revue Médicale Française*, Bull. n° 7, octobre 1934.
- André LAMBLING. — La fréquence des différentes infections vénériennes chez des malades atteints de rectite présténosante et de rétrécissement du rectum d'après 133 observations personnelles. *Société française de dermat.*, séance du 11 avril 1935.
- BENSAUDE et LAMBLING. — Maladie de Nicolas Favre et lésions ano-rectales, sténoses, anorectite simple et fistule isolée. *Paris-Médical*, 30 avril 1932.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
Etiologie des rectites et du rétrécissement du rectum.....	11
Rôle de la syphilis	12
Rôle de la sodomie	22
Rôle de la blennorrhagie	22
Rôle de l'infection chancrelleuse	24
Rôle de la tuberculose	26
Rôle des autres étiologies invoquées	28
Rôle de la maladie de Nicolas Favre	30
Considérations thérapeutiques sur les rectites et les rétrécissements du rectum	37
Tableaux des observations	60
Conclusions	83
Bibliographie	85
